

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY SOLICITUD DE SERVICIOS SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

anix to 4. HOSPITALIZACIÓN en protección For aucht able concliciones genouly Código de diagnóstico nices Edad Gestagional (Gart) Código Punto Atención Destino TELEFONO: 454744 MES SEGUNDO APELLIDO O. Otros FEB 2017 TELÉFONO: M. Menor 00000 uderta water wanced ** DATOS DE CONTROL 7. Emergencia sanitaria audha DΙΑ DIA 665 D. Desplazado Nombre Punto de Aterción Destino Final V. C. - BY RY gLOCALIDAD: Población Especial S. IVA Social 3. URGENTE Identificación de Instituciones ਜਵਨਮਨ ਨਵਾਹਨਾਸ਼ ਵਿਯਗਤਿਤਾਨ ਜ਼ਿਲਾਨਿਸਨਾਨ 8. Otro, cuál 7 17 AHOEN FIG. Rices Con ź ě the cations 7 and nesa G. Indigente no raginal mimento A.M. P.M. 2. ELECTIVA PRIORITARIA Indigena L PRIMER APELLIDO Octis Liapeaidon -Cese de actividades Σ Var 3 enforces. 5. Falta de camas SEXO: TIPO DE ATENCIÓN: windowch 188 Nombre del diagnóstico PERSONA RESPONSABLE (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)
NOMBRE Y APELLIDO:
| Control of the co Nombre Punto de Atención Destino Inicial 3 1. ELECTIVA Cra 83 84 42 RESULTADOS EXAMENES DIAGNÓSTICOS: y a seta da acta 2 Can HOK Nivel SISBEN 1 ** N° VERIFICACIÓN Otro Régimen: 6. 8 N° IDENTIFICACIÓN: 530157 Bipula Número ficha DIRECCIÓN RESIDENCIA: litio 3. HOSPITALIZADO MSI Menor sin identificación 0 SEGUNDO NOMBRE Bipola 3. Falta de insumos 200 4. Falla en equipos Código Servicio Solicitado FC35 7:3 2 thin 2 HORA: DATOS DEL PROFESIONAL\QUE REFERENCIA Consonato de i۸ elina Entidad Administradora: Home Sanal ASI Clasif. Socioec. Haya of My gran Por Briggeration Nombre del Procedimiento Solicitado **EN URGENCIAS** Particular TRATAMIENTO/COMPLICACIONES: Tawkone THE INTERIOR TRANSPORTER R.C. Registro civil DÍAS - IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE PRIMER NOMBRE: 2. Ausencia del profesional 32 ANOS MESES ロジャル 100 toma MOTIVO REFERENCIA: or as spore ci 1. Servicio no ofertado N° DE SOLICITUD Cédula de ciudadania AFILIACIÓN SGSSS TIPO DE USUARIO: Contributivo 1. AMBULATORIO Subsidiado ANAMNESIS: lite EDAD: 10. Ŕ સ. **4**. છે 6 4 d 6 4 DO ICHOFORMAS LTDA.

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes hospitalarias):

Médico / Odontólogo General

NOMBRE: