



FORMATO DE REMISIÓN Y CONTRAREMISIÓN
A-TIC-HC-MA-001-FO-002 V1 02-03-2022

No. CONTRATO O AFILIACION: _____					
FECHA: _____ DD MM AAAA	MEDICINA PREPAGADA EPS OTROS	<table border="1" style="margin: auto;"><tr><td style="height: 20px; width: 100px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px; width: 100px;"></td></tr><tr><td style="height: 20px; width: 100px;"></td></tr></table>			
No. HISTORIA CLINICA _____					
1er APELLIDO _____ 2do APELLIDO _____ NOMBRES _____					
ESPECIALIDAD A LA QUE REMITE: _____					
ALERTA MEDICA: _____					
HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: _____					
HALLAZGOS RADIOGRAFICOS: _____					
IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____					
PROCEDIMIENTO REALIZADO: _____					
SE SOLICITA (S.S.). _____					
FIRMA Y SELLO ODONTOLÓGICO _____					

CONTRAREMISION

NOMBRE DEL ESPECIALISTA _____

FECHA: _____ DD MM AAAA	
DIAGNOSTICO DEFINITIVO: _____	
PROCEDIMIENTO REALIZADO POR EL ESPECIALISTA (favor incluir prescripción): _____	
PRONOSTICO: _____	
RECOMENDACIONES: _____	
FIRMA PACIENTE _____	FIRMA Y SELLO ESPECIALISTA _____
NOMBRE Y FIRMA ACUDIENTE _____	