

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

																							F	ech	a: [-		-		Ш	Нс	ora:	Ш		:
INFORMACIÓ	N DE	L P	REST	ADC	DR																							NII	- 1	_			П	$\overline{}$	_			
Nombre:																												CC	_	+	\perp		Щ	\perp		Ш		-
Código:	_	Т		_	_	Т	_	\top	_	_	_	In.	ireco	ián		cto	dor											cc										
coulgo.	+	+		+	+	+	+	+		+		╝	irecc	.1011	pre	Sta	uoi.		-														—	—				
Teléfono:	\vdash	Inc	licati	vo	╁		n	 iún	nero	n		<u> </u>	epar	tan	nent	ho:	Т								T	Mu	nicip	io	Т									
										_			opu.	-			DA	TOS	DFI	PACI	IFNT	F					р											
								_																										_				
																																	_	_	_	_		
Tipo Documer	to c	le I	lenti	fica	ción																																	
Registro Ci	/il						Pá	asa	por	rte																							\Box	\Box	floor			
Tarjeta de						L	_						cació														Núm	ero	doc	ume	nto	de I	dent	ifica	aciór	1		
Cédula de						L	M	len	or s	sin	ider	ntifi	cacio	ón																						_	_	
Cédula de						_		_														F	echa	a de	Nac	imi	ento		_	_	a a	_		m I	m -	d	d	
Dirección de Re Departamento:	iaer	ICIA	наріт	uai:															٠,	Munic	cinio:		_							lelet	ono:							
Departamento: Municipio: ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: CODIGO: CODIGO																																						
				7100				_					DAT	os	DF I	AP	PERSO	ONA	RES	SPON	ISAR	I F D	FI P	ACII	NTE	-						100				ш		
	DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE																																					
								_																														
Tipo Documer	to c	le I	lenti	fica	ción																																	
Registro Ci	/il						Pá	asa	por	rte																							\Box	\perp	$oldsymbol{ol}}}}}}}}}}}}}}}$			
Tarjeta de						L	_						cació														Núm	ero	doc	ume	nto	de I	dent	ifica	aciór	1		
Cédula de ciudadanía Menor sin identificación																						,		_			_			_								
Cédula de		÷		1.		_																F	echa	a de	Nac	imi	ento		_	a i	_	_	-	m I	m -	d	d	
Dirección de Re Departamento:	ider	ıcıa	Habit	ual:		_		_											-	Munio	cinia		_							Telet	ono:		Щ	\perp		Ш		
Departamento.																				iviuiii	Lipio.												—	—				
								_		PR	OFF	SIO	NAI	ΩU	IF SC	אווכ	TTA	I A R	FFF	RENC	ΊΑΥ	SFR	VICI	Ο ΑΙ	CU	ΔI	RFM	ITF					_	_	_	_		
Nombre:								_															fonc		Ī	1	Т	Ī	П	Т	Т	Π	П	\top	Т	П		
'																										ind	licat	ivo	_			núr	nero	<u> </u>		—	exte	ensión
Servicio que s	olici	ta la	refe	eren	cia																	Telé	fonc	cel	ular	:												
Servicio para	el cu	al s	e sol	icita	la r	ef	erer	ncia	a																													
Diligencie en e																				NICA																		
								_																														
								_																														
								_																														
								_																														
								_					FIR	MA	YR	EGI	STRO) DE	L PR	ROFES	SION	IAL C	QUE	REN	1ITE													
Ī																																						