

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR																																								
Nombre:	I DLL	FILST			Т		П	Т	\top	Т	Т							Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	Т	I		NIT	Т	Т	\top	\top	\top	т	\top	Т	\top	Т		
Troingre.	П	++	+	H	+		+	+	+		+							\dashv	+	-	+	+	+	+	+	1		CC	⊢	1										-
Código:	Ħ	++	+	H	$^{+}$	+	+	\dashv	 р	irec	ciór	n pr	esta	ado	r:		H	\dashv	\dashv	\dashv	$^{+}$	$^{+}$	$^{+}$	t	+	 	Н		+	$^{+}$	+	$^{+}$	+	十	+	十	+	+		+
Teléfono:		ndicativ	/O	+		núm	ero				rtai	_		_				\dashv	\top	\dashv	+	$^{+}$	+	$^{+}$	м	uni	cipi	0	\top	$^{+}$	+	$^{+}$	+	t	+	†	+	+		
				-						- 1					ATO	os	DEL	. PA	CIE	NT	<u>_</u>						•					_		_		_				
				П	1			П			Т							Т	Ť	П	Т	Т		Т		1				Т		Т	Т	Τ	Т	Т	Т	Τ		
Tipo Documen Registro Civ	Adult	oorte	ide																		Nú	úme	ero o	docu	me	ento	de	e Idei	ntii	ficac	Liór									
Cédula de ciudadanía Menor sin identificación Cédula de extranjería Fecha de Nacimiento a a a a a a a a d d d																																								
					_			_		_	_	_	_					_	_	_	F	ecl	na d	le N	lacin	nier	nto		_	_		_	a -	n	n m	-	d	d		
Dirección de Res	idenci	a Habiti	ıal:	-	_	_	\perp	4	_	-	+		_						ᆜ	\perp		+	_	+	+				T	elé	fono	: 丁	+	+	+	+	+	+		_
Departamento:					_	_		4	_	+	\perp		_					Mur	nicip	10:	_	+	_	+	-				_	+	_	4		Ţ	\perp	+	+	_		_
ENTIDAD RESPO	NSABL	E DEL P	AGO:									Ш					\sqcup							<u></u>	<u> </u>								CODIC	jO:		L				
<u> </u>							1 1	_		DA	TOS	DE	LA	PER	RSO	NA	RE	SPO	NS	AB	LE D	EL	PAC	IEN	ITE				_	_		_	$\overline{}$	_	_	_	_	_		
																																\perp	丄	L	\perp	L				
Tipo Documen Registro Civ Tarjeta de i Cédula de c Cédula de c	il dentii iudad xtran	dad lanía jería	_/	Adult	oorte o sin or sin	ide													F	ecl	na d	le N	lacin			ero d	ć	а	_	a	e Idei	_	ficac	_	n d	d				
Departamento:	T	TT		\top^{\dagger}	\dagger		+	\dashv	+	\dagger			1					Mur	nicip	io:		+	\dagger	\dagger	\top		Н	H	1	Ť	T	Т	+	†	+	T	†	t		+
PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL REMITE																																								
							PR	OF	ESIO	NAI	L QL	JE S	OLI	CIT	A L	A R	EFE	REN	NCI/	λY	SER	VIC	io.	AL (CUA	L RE	MI	TE						_		_	_			
Nombre:			Т	П	T	Т	П				Ť								Т	_	Telé								T	T		T	\top	Τ	Т	Т	Τ			
																			1	T					i	ndio	cativ	/0		Ċ		nı	úmei	ro		_		ext	ensi	ión
Servicio que se	olicita	la refe	eren	cia																Ī	Telé	for	10 С	elu	lar:							Τ	\top	Τ	Т	П	Т			
Servicio para e	l cual	se soli	icita	la re	fere	encia	1																									T		T		T	T			
INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE																																								
																																_		_						
										FIF	RMA	ΥF	REG	IST	RO	DE	L PI	ROF	ESIG	ON	AL C	QUI	RE	МІ	ΓE							_		_						