

ANEXO TÉCNICO No. 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2025-09-19 Hora: 10:28

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: CLINICA MEDICAL												NIT: <input checked="" type="checkbox"/> X	8 3 0 5 0 7 7 1 8 - 8
												CC: <input type="checkbox"/>	

Código	1 1 0 0 1 2 2 1 5 0 0 1	Dirección prestador:	Calle 36 N. 77-33 Sur Kennedy - Bogotá. D.C.									
--------	---	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono:	Indicativo	Número	Departamento:	BOGOTÁ D.C.	11	Municipio:	BOGOTÁ D.C.	001
-----------	------------	--------	---------------	-------------	----	------------	-------------	-----

DATOS DEL PACIENTE

NIETO	LAGUNA	MARIA	PRUDENCIA
-------	--------	-------	-----------

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
---------------	---------------	-------------	-------------

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	20248592
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		

Fecha de Nacimiento:

Dirección de Residencia Habitual:	CALLE 54 A BIS SUR NUMERO 80 I 74	Teléfono:	3204941672
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------	------------

Departamento:		Municipio:	BOGOTA D.C.
---------------	--	------------	-------------

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	EPS FAMISANAR SAS
-------------------------------	-------------------

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre y apellidos:	WILLIAM	Dirección:		Teléfono:	
---------------------	---------	------------	--	-----------	--

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre completo:	ANDERSON VASQUEZ LONDONO	Especialidad:	Medicina Interna
------------------	--------------------------	---------------	------------------

Nombre del procedimiento solicitado	Cie 10	Nombre del procedimiento solicitado
SE SOLICITA TRAMITE DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON REHABILITACION INTEGRAL	A499	INFECCION BACTERIANA, NO ESPECIFICADA

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis

TIENE ROJA LA PIerna Y NO RESPIRA BIEN
--

Exámen fisico

--

Resumen exámenes diagnósticos

RADIOGRAFIA DE PELVIS CREATININA RADIOGRAFIA DE FEMUR AP Y LATERAL CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA DIFERENTE A MEDULA OSEA ORINA Y HECES SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS RADIOGRAFIA DE TORAX (PORTATIL) ERITROSEDIMENTACION [VELOCIDAD SEDIMENTACION GLOBULAR - VSG] AUTOMATIZADA BUN - NITROGENO UREICO ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O SUPERFICIE CULTIVO PARA MICROORGANISMOS EN CUALQUIER MUESTRA PCR - PROTEINA C REACTIVA HEMOGRAMA RADIOGRAFIA DE TORAX (AP PA o LATERAL) COOMBS DIRECTO, PRUEBA CUALITATIVA ECOGRAFIA DOPPLER COMO GUIA EN COLOCACION DE CATETERES INSERCIÓN DE CATETER CENTRAL MINIMAMENTE INVASIVA HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR Rh + TSH - HORMONA ESTIMULANTE DEL TIROIDES MAGNESIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS CLORO PRUEBA CRUZADA MAYOR EN TUBO HEMOCLASIFICACION GRUPO ABO Y FACTOR CALCIO POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS COOMBS DIRECTO ANTICUERPOS IRREGULARES DETECCION (COOMBS INDIRECTO, RASTREO ANTICUERPOS IRREGULARES, PRUEBA DE ANTIGLOBULINA INDIRECTA, ESCRUTINIO DE ANTICUERPOS IRREGULARES) EN TUBO MAGNESIO ANTICUERPOS IRREGULARES, DETECCION (RAI)
--

Tratamiento

--

Motivos de remisión

SE SOLICITA TRAMITE DE HOSPITALIZACION DOMICILIARIA CON REHABILITACION INTEGRAL

ANEXO TÉCNICO No. 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2025-09-19 Hora: 10:28

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: CLINICA MEDICAL												NIT: <input checked="" type="checkbox"/> X	8 3 0 5 0 7 7 1 8 - 8
												CC: <input type="checkbox"/>	

Código	1 1 0 0 1 2 2 1 5 0 0 1	Dirección prestador:	Calle 36 N. 77-33 Sur Kennedy - Bogotá. D.C.									
--------	---	----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono:	Indicativo	Número	Departamento:	BOGOTÁ D.C.	11	Municipio:	BOGOTÁ D.C.	001
	4 5 0 5 2 0 0							

DATOS DEL PACIENTE

NIETO	LAGUNA	MARIA	PRUDENCIA
-------	--------	-------	-----------

1er. Apellido	2do. Apellido	1er. Nombre	2do. Nombre
---------------	---------------	-------------	-------------

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	20248592
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería		
Fecha de Nacimiento:		1938-03-17

Dirección de Residencia Habitual:	CALLE 54 A BIS SUR NUMERO 80 I 74	Teléfono:	3204941672
-----------------------------------	-----------------------------------	-----------	------------

Departamento:	Municipio:	BOGOTA D.C.	
---------------	------------	-------------	--

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	EPS FAMISANAR SAS
-------------------------------	-------------------

Datos del profesional

Firma de Médico Tratante

Nombre del Médico: ANDERSON VASQUEZ LONDONO

Registro Médico: 1018443182