

## 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: X

CC:

8 3 0 5 0 7 7 1 8 - 8

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: 4 5 0 5 2 0 0 Indicativo: 4 5 0 5 2 0 0 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

- ☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
- ☐ Tarjeta de identidad ☐ Adulto sin identificación
- ☒ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación
- ☐ Cédula de extranjería

20248592

Número documento identificación

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 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 físico

## 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: ☒CC: ☐

8 3 0 5 0 7 7 1 8 - 8

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: 4 5 0 5 2 0 0 Indicativo: 4 5 0 5 2 0 0 Número: 4 5 0 5 2 0 0 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

☐ Registro Civil☐ Pasaporte☐ Tarjeta de identidad☐ Adulto sin identificación☒ Cédula de ciudadanía☐ Menor sin identificación☐ Cédula de extranjería

20248592

Número documento Identificación

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