



HLMT

SISTEMA ÚNICO DE REFERENCIA Y CONTRA - REFERENCIA (SURCO)

Referencia

Hosp. Médica Norte

Respuesta a la Referencia

Instalación que refiere
Fecha / Hora

07 06 23

D M A Hora Min

Instalación Receptora
Servicio Emisor

Servicios Médicos al que se Refiere

a.m. p.m. 1. Consulta Externa ☐ 2. Urgencias ☒ 3. Hospitalización ☐

Identificación del Paciente

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

Yaylein

Sorror

Cédula: 8-1105-819 S.S.

Teléfono:

Edad: 12 Meses: Días:

Dirección

Sexo: ☒ F ☐ M

Distrito / Corregimiento

Comunidad

Nº de casa

Localidad / Zona Sanitaria

Sorror

Motivo de Referencia

1. Servicio No Ofertado ☐

2. Ausencia del Profesional ☐

3. Falla de equipos ☐

4. Falta de Insumos ☐

5. Cese de Actividades ☐

6. Otro; Cual:

apeteción

Clasificación de la atención solicitada 1. Electiva ☐ 2. Electiva Prioritaria ☐ 3. Hospitalización ☐ 4. Urgente ☐

Historia del Paciente / Examen Físico

Anamnesis: Caída de un equino con torción en el antebrazo

Examen Físico:	Hora	PA	F.C.	F.R.	F.C.F.	Tº	Peso (Kg)	Talla (m)

Examen Físico: Deprimido abdomen y dolor en antebrazo

Resultados de Exámenes / Diagnóstico

BHC	Urin.	Heces	Glic.	N. de U.	Elect.	Aмилаза	B.UBFx	Transam	Cultivo	R.X.	Ultrasonido	E.K.G.	Otros

Diagnóstico (s): Fractura 1/2 proximal del codo.

Tratamiento / Complicaciones:

Datos del Profesional

Nombre de quien refiere

Firma:

Sello:

Médico General ☐ Odontólogo ☐ Médico Especializado

Otros ☐

Enfermera ☐

Nombre del Receptor

(Sólo en caso de Urgencias y Hospitalización)

Institución que Responde
Fecha / Hora

D M A Hora Min

a.m. p.m.

RESPUESTA A LA REFERENCIA

HALLAZGOS CLÍNICOS:

1. Admisión a CT Médica Norte

2. Negativo en cone.

3. Ecléxico con obnubilación

DIAGNÓSTICO (S)

MSD

CÓDIGOS

4. N x B

5. DISESA 1,000 cc p.v. en 8m

MANEJO Y TRATAMIENTO:

6. Ace fleming 18 m flem

7. Los Bldc + Plog Hoxf 7 de 100g - Glic 7 N.M.

8. Area + Unicores 100g

9. SV de T.

10. Suero + vitamina

Recomendaciones / Plan Terapéutico

Reevaluación especializada

No ☐

Si ☐

Fecha

Datos del Profesional

Nombre del Profesional que responde:

Firma:

Sello:

