

<b>Grupo</b> <b>Cisne</b>	REFERENCIA DE PACIENTES		
	Fecha: 19/5/78		Hora: 900
* Escriba las iniciales según corresponda: RC Registro Civil, TI Tarjeta de Identidad, CC Cédula de Ciudadanía, CE Cédula de Extranjería, PAS Pasaporte ** Marque con X según corresponda			
DATOS DEL PACIENTE			
Nombre Completo		Documento de Identidad	
Sondro Hernandez		Tipo ** N.º 52327790	
Género: ** F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Edad: 45	Entidad de afiliación: FOMIGUR	
TIPO DE REQUERIMIENTO DE LA REFERENCIA: (Marque con X según corresponda)			
Urgencias: <input type="checkbox"/>	Prestador destino:	Servicio	
Hospitalización: <input checked="" type="checkbox"/>	Persona quien confirma:	N.º Autorización	
Especialista: <input type="checkbox"/>	¿Cuál?		
Exámenes paraclínicos <input type="checkbox"/>	¿Cuál(es)?		
	Total exámenes paraclínicos ordenados		
Traslado en ambulancia <input type="checkbox"/>	¿Cuál?	Nivel:	
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA REFERENCIA (los exámenes practicados deben ser adjuntados a esta remisión y deben consignarse en la historia Clínica del Paciente)			
Hallazgos al examen físico	Tensión Arterial	Frecuencia Respiratoria	Frecuencia cardíaca
	120/60	78	80
Resumen de la evolución	Talla	Peso	
	paciente que presenta exacerbación de síntomas afectivos asociados al trastorno de conducta agresivo		
Impresión Diagnóstica	1. T. MIXTO ansioso y depresivo 2.		
Tratamientos aplicados	Duloxetine Lorazepam		
Motivo de la remisión	Disponibilidad de recursos		
Identificación del médico	Nombre	Registro médico	
	Especialidad	Firma y Sello	
	Néstor H. Ramos	707847575-1	
	Psiquiatra	Néstor H. Ramos C. CC 141001761 FDS	
Fecha:		Hora:	CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES
Cuando el tipo de requerimiento de la referencia corresponda a exámenes paraclínicos, no se requiere diligenciar ni remitir la contrarreferencia, sólo es necesario remitir los resultados			
RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA CONTRARREFERENCIA (los exámenes practicados deben ser adjuntados a esta remisión y deben consignarse en la historia Clínica del Paciente)			
Hallazgos al examen físico	Tensión Arterial	Talla	Peso
	Frecuencia Respiratoria	Frecuencia Cardíaca	
Resumen de Evolución			
Plan de manejo			
Sospecha ATEP No: Si: Incapacidad Si: No: Total Días:	Fecha de inicio:		
Hospitalizado	No: Si: (si el paciente estuvo hospitalizado, favor anexar la epicrisis al egreso del paciente)		
Identificación del médico	Nombre	Registro médico	
	Especialidad	Firma y Sello	