



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
SOLICITUD DE SERVICIOS



SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Nº DE SOLICITUD	** Nº VERIFICACIÓN	FECHA REPORTE ENUESTA PRIORITARIA	DIA	MES	AÑO
		FECHA DE REFERENCIA	22	02	18

TIPO DE USUARIO:	TIPO DE ATENCIÓN:
1. AMBULATORIO <input type="checkbox"/> 2. EN URGENCIAS <input type="checkbox"/> 3. HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/>	1. ELECTIVA <input type="checkbox"/> 2. ELECTIVA PRIORITARIA <input type="checkbox"/> 3. URGENTE <input type="checkbox"/> 4. HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE: Catalina		Cepeda		Molina	
SEGUNDO NOMBRE:		DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cra 89B # 40 - 24 sur			
EDAD: AÑOS MESES DÍAS		T.D. TI			
Nº IDENTIFICACIÓN: 1001310546		SEXO: M <input type="checkbox"/> F <input checked="" type="checkbox"/>		TELÉFONO: 3208773607	
C.C. Cédula de ciudadanía R.C. Registro civil MSI Menor sin identificación		LOCALIDAD: Kennedy			
T.I. Tarjeta de identidad PA Pasaporte ASI Adulto sin identificación					

PERSONA RESPONSABLE (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)		DIRECCIÓN RESIDENCIA:		TELÉFONO:	
NOMBRE Y APELLIDO: Yonara Molina		Cra 89B # 40 - 24 sur		3184228009	

AFILIACIÓN BOSSS		Nivel SISBEN		Población Especial	
Subsidiado <input type="checkbox"/> Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>		1 2 3 4 5-6		I. Indígena S. IVA Social M. Menor en protección	
Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>		Número ficha		G. Indigente D. Desplazado O. Otros	
Entidad Administradora: Famisanor		Otro Régimen:			

SOLICITUD DE REFERENCIA		HORA		Elija Gestación (señale)	
DIA MES AÑO: 22 03 18				79387 13+20	

Nombre del Procedimiento Solicitado	Código Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
Remisión a psiquiatría unidad salud mental					

ANAMNESIS: Paciente con antecedente de TAB, en el momento sin tratamiento psicofarmacológico, quien presenta cuadro de 2 semanas de alteraciones psicomotoras, heterogeneidad, irritabilidad, disminución de la necesidad de dormir.

EXAMEN FÍSICO: SU: 1.61 m, FC: 102, FR: 18, T: 36°C. Alertable, irritable, bajo efectos de sedación farmacológica.

RESULTADOS EXAMENES DIAGNÓSTICOS: se solicitan paracentesis.

Nombre del diagnóstico: Trastorno afectivo bipolar

Código del diagnóstico: F312

TRATAMIENTO/COMPLICACIONES: Tto intrahospitalario.

MOTIVO REFERENCIA:		REGISTRO:	
1. Falta de atención <input type="checkbox"/> 2. Falta de insumos <input type="checkbox"/> 3. Falta de camas <input type="checkbox"/> 4. Emergencia sanitaria <input type="checkbox"/>		1. Falta de atención <input type="checkbox"/> 2. Falta de insumos <input type="checkbox"/> 3. Falta de camas <input type="checkbox"/> 4. Emergencia sanitaria <input type="checkbox"/>	
5. Falta de personal <input type="checkbox"/> 6. Cese de actividades <input type="checkbox"/> 7. Otro, cuál: <input type="checkbox"/>		5. Falta de personal <input type="checkbox"/> 6. Cese de actividades <input type="checkbox"/> 7. Otro, cuál: <input type="checkbox"/>	
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA:		** DATOS DE CONTROL:	
Nombre: Dr. Sebastián Rodríguez B. C.E. 1010440124 Odontólogo General		Nombre del profesional que emite la referencia para remisiones urgentes no programadas	
R.M. 11.720/2013			

Indicar por el profesional autorizado: ☐ Indicar por el médico / odontólogo remitente: ☐ Indicar por el funcionario de dirección: ☐



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
TARJETA DE IDENTIDAD

NUMERO 1.001.310.546
CEPEDA MOLINA

APELLIDOS
CATALINA

NOMBRES
Catalina Cepeda Molina

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 12-FEB-2001

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

12-FEB-2019
FECHA DE VENCIMIENTO

25-FEB-2015 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

INDICE DERECHO

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARNEL SANCHEZ TORRES

A-1500150-00720596-F-1001310546-20150710 0044863541A 2 1943291735

