



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
SOLICITUD DE SERVICIOS
SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



SECRETARÍA DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD

Nº DE SOLICITUD	** Nº VERIFICACIÓN	FECHA REPORTE ENCUESTA PRIORITARIA	DIA	MES	AÑO
		FECHA DE REFERENCIA	DIA	MES	AÑO

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		SEGUNDO NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
PRIMER NOMBRE: John		Carlos		Borbrago		Ramirez	
EDAD:		DIRECCIÓN RESIDENCIA:					
AÑOS MESES DÍAS		Cra 87 N 45 56 sur					
T.D. CC		Nº IDENTIFICACIÓN:		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		TELÉFONO: 19420918	
C.C. Cédula de ciudadanía R.C. Registro civil MSI Menor sin identificación		19420918				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: John Borbrago	Cra 87 N 45 56 sur	3205228848

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

SOLICITUD DE REFERENCIA				HORA:		A.M. P.M.		Edad Gestacional (sem)	
FECHA: 31 03 18									

Nombre del Procedimiento Solicitado		Código Servicio Solicitado		Nombre Punto de Atención Destino Inicial		Código Punto de Atención Destino Inicial		Nombre Punto de Atención Destino Final		Código Punto de Atención Destino Final	
1.	Hospitalización por										
2.	psiquiatría.										
3.											
4.											
5.											
6.											

ANAMNESIS: Paciente con cuadro de 3 días de síntomas de suspender medicación de amoxi. con de marte y alivianar con amoxi.

EXAMEN FÍSICO: TA: 140/80 FC: 188 RR: 18 SatO2: 93%

Paciente en examen de ingreso afecto de síndrome de ansiedad con ideas delirantes de persecución.

RESULTADOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS: Hb: 18.8 Hct: 28.9000 RPR: N.R. Gluc: 84 BUN: 11.7 Creat: 1.08 AST: 21 ALT: 24

Nombre del diagnóstico		Código de diagnóstico	
1.	Tambien Afecto bipolar episodio de manía	F31.9	
2.			
3.			
4.			

TRATAMIENTO/COMPLICACIONES: Manija antipsicótica + modulador

MOTIVO REFERENCIA:	
1. Servicio no ofertado <input type="checkbox"/> 2. Ausencia del profesional <input type="checkbox"/>	3. Falta de insumos <input type="checkbox"/> 4. Falta en equipos <input type="checkbox"/>
5. Falta de camas <input type="checkbox"/> 6. Cese de actividades <input type="checkbox"/>	7. Emergencia sanitaria <input type="checkbox"/> 8. Otro, cuál EPS

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA		** DATOS DE CONTROL	
NOMBRE:	Médico / Odontólogo General <input type="checkbox"/>	Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes hospitalarias):	
FIRMA:	Médico / Odontólogo Especialista <input checked="" type="checkbox"/>		
REGISTRO:			

** Información suministrada por profesional autorizado Diligenciar por el médico / odontólogo remitente 7. Diligenciar por el funcionario encargado del direccionamiento

Código: 05-140-08-V1

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 19.420.918


BUITRAGO RAMIREZ

APELLIDOS

JOHN CARLOS

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 28-JUN-1971

CUCUTA
(NORTE DE SANTANDER)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 A+ M

ESTATURA G.S. RH SEXO

06-OCT-1989 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00158258-M-0019420918-20090601 0012031522A 1 1550017602