

29711

Nº de Solicitud <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>		* Fecha de Referencia <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>	
Tipo de usuario 1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input type="checkbox"/> 3. Hospitalizado <input type="checkbox"/>		Tipo de atención 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 Nombre: <u>Angie</u>		Segundo Nombre: <u>Katharine</u>	
Primer Apellido: <u>Canfor</u>		Segundo Apellido: <u>Suescun</u>	
Edad: Años <u>23</u> Meses <u>00</u> Días <u>00</u>		Dirección Residencia: _____	
N° Identificación: <u>T022402028</u>		Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Teléfono: _____		Localidad: _____	
Persona Responsable (ÚNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)			
Nombre y Apellido: _____		Dirección Residencia: _____	
Teléfono: _____		_____	
Afiliación SSSS			
Subsidio <input type="checkbox"/>		Población Especial <input type="checkbox"/>	
Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>		S. IVA Social <input type="checkbox"/>	
Cl. Soc. <input type="checkbox"/>		M. Menor en protección <input type="checkbox"/>	
Particular <input type="checkbox"/>		S. Indígena <input type="checkbox"/>	
Entidad Administradora: <u>Famunavar</u>		Otro Régimen: _____	
S. Indígena <input type="checkbox"/>		O. Desplazado <input type="checkbox"/>	
O. Otros <input type="checkbox"/>		_____	
Solicitud de Referencia			
Fecha: Día <u>30</u> Mes <u>05</u> Año <u>2018</u>		Hora de Recepción: <u>21:21</u> AM/PM	
Hora de Referencia: <u>3:25</u> AM/PM		Edad Gestacional (sem) <input type="checkbox"/>	
Identificación de Instituciones			
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	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1. <u>Ulcera y herida</u>	<u>890202</u>		
2. <u>herida</u>			
3.			
4.			
Anamnesis: <u>paciente de 23 años de edad con agudo Ulcus de 1 hora de evolución de intenso dolor con náuseas, vómitos con hematemias up 500 ml y Hb</u>			
Examen Físico: <u>Somnolento, estado de embriaguez, TA: 130/58, FR: 18, FC: 96, Sat: 94%, Neutrofilia, munda, piel húmeda, sin edema, sin signos de infección, ext. exte. sin edema</u>			
Resultados Exámenes Diagnósticos:			
<u>Ⓟ refte cul y Gules</u>			
Nombre del diagnóstico			
Código de diagnóstico		Código de diagnóstico	
1. <u>Intenso Dolor</u>			
2. <u>Dolor mayor</u>			
3. <u>Náuseas vómitos</u>			
4. <u>herida</u>			
Tratamiento / Complicaciones: <u>Hospital, todo Gules Remover a su EPS</u>			

Motivo Referencia:			
1. Servicio no ofertado <input checked="" type="checkbox"/>		3. Falta de insumos <input type="checkbox"/>	
2. Ausencia del profesional <input type="checkbox"/>		4. Falta de equipos <input type="checkbox"/>	
5. Falta de camas <input type="checkbox"/>		7. Emergencia sanitaria <input type="checkbox"/>	
6. Caso de aislamiento <input type="checkbox"/>		8. Otro cual <input type="checkbox"/>	
Datos del profesional que referencia:			
Nombre: <u>Dra Cindy Silva</u>		Médico / Odontólogo General <input checked="" type="checkbox"/>	
Firma: _____		Médico / Odontólogo Especialista <input type="checkbox"/>	
Registro: <u>991493</u>		Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)	



Dra Cindy Silva
Médico Cirujano
M.M. 991493-2014

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.022.402.875
CANTOR SUESCUN

APELLIDOS
ANGIE KATHERINE

NOMBRES
Angie Cantor Suescun

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 03-ABR-1995

BOGOTA D.C.
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62
ESTATURA

O+
G.S. RH

F
SEXO

30-ABR-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



P-1500150-00441168-F-1022402875-20130618

0033461940A 1

40098240