



# ANEXO TECNICO No. 9

## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO DE ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Fecha: 2018-05-09 Hora: 23:11

Nombre	CLINICA PARTENON LTDA			NIT	X	800085486-2
Código	110015453	Dirección prestador:	Cra 77 a No 73-41	CC		
Teléfono	4360411	Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	Bogotá	

### DATOS DEL PACIENTE

BUSTOS	ORTIZ	PRIMITIVO	
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	191956 Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación		
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjería			
Dirección de Residencia Habitual		Fecha de Nacimiento	10/07/1961
Departamento: 11 BOGOTA D.C.		Municipio: 11010 ENGATIVA-10	Teléfono: 4355365-3045871155
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		FAMISANAR E.P.S. 2017 / 2018	CÓDIGO: 830003564-7

### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

BOLANOS	NO TIENE	LIGIA	NO TIENE
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1 Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación		
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjería			
Dirección de Residencia Habitual		Teléfono: 3134477358	
Departamento:		Municipio:	

### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	JAIME ANDRES BARRIOS CAMPOS	Teléfono	-	
Servicio que solicita la referen	URGENCIAS	indicativo	numerc	extensión
Servicio para el cual se solicita la referen	PSIQUIATRIA	Teléfono celular	-	

### INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, Diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

PACIENTE ANTECEDENTE DE TAB, INGRESA PORCUADRO SUGESTIVO DE ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR SIN EMBARGO NO SE HA LOGRADO DOCUMENTAR ALTERACIONES ESTRUCTURALES, NI DETERIORO NEUROLOGICO AL EXAMEN FISICO. CON RMN CEREBRAL SIMPLE ACTUAL SIN EVIDENCIA DE LESIONES ISQUEMICAS O HEMORRAGICAS. VALORADO POR NEUROLOGIA QUIEN DESCARTA PATOLOGÍA Y REFIERE DEBE CONTINUAR MANEJO POR PSIQUIATRÍA.

Dr. J. Andrés Barrios  
Médico General  
Universidad de La Sabana  
R.M. 1.015.433.724

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Formato adoptado por resolución 4331/19 dic 2012



COORDINACIÓN DE REFERENCIA  
Y CONTRA-REFERENCIA

10/05