

ANEXO TÉCNICA No 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

FECHA **27/05/2018** HORA **2:30**

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre **CLINICA COLSANITAS** NIT **X** **800149384-6**
 Dirección del Prestador: **CALLE 23 No 66 - 46** CC **800149384-6** Número
 Código **110010918630**
 Teléfono **110010918630**
 Indicativo **11** Indicativo **00** número **10918630** Departamento: **Cundinamarca** **25** Municipio: **Bogota** **11001**

DATOS DEL PACIENTE

P. A. Z. **O. A. Z.** **Juan** **Esteban**
 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte **1088312740**
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin identificación
☐ Cédula de Extranjería Fecha de Nacimiento

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono

Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **BOGOTA**

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO CODIGO

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

P. A. Z. **O. A. Z.** **Juan** **Esteban**
 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte **1088312740**
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación
☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin identificación
☐ Cédula de Extranjería

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono

Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **BOGOTA**

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

NOMBRE **Nathally Contreras Linares** Teléfono **59486500**

Servicio que solicita la referencia **Psiquiatria** INDICATIVO NUMERO EXTENSION

Servicio para el cual se solicita la referencia Teléfono Celular

INFORMACION 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 con cuadro de adaptación psicomotriz y características de episodio psicótico agudo; heteroagresividad, amenazas con intentos de suicidio, se continúa manejo médico, protección a institución de salud hasta valoración por psiquiatría

Nathally Contreras Linares
 Médico
 Universidad de La Sabana
 No. 302012512

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE