

FORMATO SOLICITUD DE REMISIÓN

CÓDIGO:	
RYC-06-16	
VERSIÓN:	
0	

iois, Ann	Fecha: 22 10 2	No. Solicitud:
VIETRA- profeno	Hora: 73+45	Género:
5206444.		ncias
14 08 2018	Cama: 4	Edad: Com
Asegurador: Spritas FPS		
Tipo de afiliación: Subsidiado Contributi ARL ARS		ılar
Nombre y código de diagnóstico:	, PSIOST	<u>_</u>
RGU00		
E		
Motivo de referencia: No convenio Ausencia del profesional No disponibilidad de camas Otro Cuál?		
Especialidad requerida:		
Tipo de ambulancia requerida para el traslado: BASICO	`	
Nombre médico que ordena:	Firma y código:	lopy
ALBERT PENALOSA MORALE	pm 1321	451-11
INFORMACIÓN DEL P	ACIENTE	
Nombre del acudiente: PAULA ALEJANDRA Dirección residencia: + 153-84 BOX	+ ANLA	A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH
Dirección residencia: CRA 56 + 153-84 Box	SOTAL DC.	
Teléfono fijo:	eléfono celular:	3954096
OBSERVACIONI	s	
* × ×		
		*
	A 201 (201 A 100 A 1	
1 pt		