

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/12/21 **Hora:** 00:36

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 890703630	-7
				CC <input type="checkbox"/>	DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22	
Teléfono	8	2708000			
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73
			Municipio:	IBAGUE	001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		DE VARGAS		MARIA		LUCILA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		28546624	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1945-07-05	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			CARRERA 3B NO 75 25 JARDIN PART			Teléfono:	3204023806
Departamento:	TOLIMA		73	Municipio:	IBAGUE	73001	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS S.A.		Código:	EPS037	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		Número Documento Identificación	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:						Teléfono:	
Departamento:				Municipio:			

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	NATALIA ISABEL BUENDIA GIRALDO		Teléfono:			
			Indicativo	Número	Extensión	
Servicio que solicita la referencia	Urgencias MEDICINA GENERAL		Teléfono Celular	3164220654		
Servicio para el cual se solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA					

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

POR QUE ESTA MAL

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/12/21 **Hora:** 00:36

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 890703630	-7
				CC <input type="checkbox"/>	DV
Código	730010105001	Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22		
Teléfono	8	2708000			
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73
			Municipio:	IBAGUE	001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE	DE VARGAS	MARIA	LUCILA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	28546624	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1945-07-05	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:	CARRERA 3B NO 75 25 JARDIN PART		Teléfono: 3204023806
Departamento:	TOLIMA	73	Municipio: IBAGUE 73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS S.A.		Código: EPS037

Examen Físico:

ABDOMEN
ABDOMEN: Normal, BLANDO DEPREIBLE SIN PRESENCIA D EDOLOR A LA PALPACION SUPERFICIAL O PROFUNDA

ASPECTO GENERAL
ASPECTO: Normal, PACIENTE CONCIENTE ALERTAORIENTADA SIN PRESENCIA DE SIRS CLINICO SIN SIGNOS DE DIDIFUCLTAD RESPIRATORIA
MUCOSAS SECAS Y PALIDAS GLUCOEMTRIA 82 MG / DL, INGRESA POR SUS PRIOPRIOS MEDIOS

EXAMEN MENTAL: CONCIENTE ALERTA CON ABC NO ADECUADO, INDICA QUE NO SE BAÑO, CO CON PRESENCIA DE AFECTO EXPANSIVO,
DURANTE CONSULTA SE EVIDENCIA ACTIVIDAD ALUCINATORIA, PRESENCIA DE HABLA DESORIESNTADA ENSALADA DE PALABRAS, NO
CONGRUENTES, NO EVIEENCIA DE HETERO O AUTOAGRESION, INTROSPECCION Y PROSPECCION FRANCAMENTE COMPROMETIDOS

NEUROLOGICO
NEUROLOGICO: Normal, CONCIENTE ALERTA ORIENTATDA SI PRESENCIA DEFICIT SENSITIVO O MOTOR SIN PRESENCIA DE FOCALIZACIOENS

TORAX
TORAX: Normal, SIMETRICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS DE ADECUADO TONO, TIMBRE E ITNENSIDAD PULMONES BIRN VENTILADOS SIN
PRESENCIA DE SOBRWEAGREGADOS OD EMAS

Diagnóstico:

S019 HERIDA DE LA CABEZA PARTE NO ESPECIFICADA Estado: En Estudio Tipo: Relacionado
F318 OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES Estado: En Estudio Tipo: Principal
K623 PROLAPSO RECTAL Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Relacionado
N329 TRASTORNO DE LA VEJIGA NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:

REFERENCIA
PACIENTE CON CUARO MANIACO DESCOMPENSACION DE TAB EN EL MOMENTO SIN TOLERANCIA A LA VIA ORAL, CON PRESENCIA DE
INSOMNIO, ALUCINACIONES AFECTO EXOPANSIVO FRANCAMENTE COMPROMETIDA SE INCIA TRAMITES DE REMISION PARA VALROACION Y
CUIDADOS POR PARTE DE PSIQUIATRIA

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma: _____ **Registro:** 1053822883