

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

**Fecha:** 2019/01/18    **Hora:** 15:42

#### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

#### DATOS DEL PACIENTE

VASQUEZ		DE PARADA		ISABEL		NO TIENE	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		28513727			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		<b>Número documento de Identificación</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1934-05-25			
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>						<b>Teléfono:</b>	2612195
<b>Departamento:</b>	TOLIMA		73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE		73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b> NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>		EPS037		

#### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		ISABEL		VASQUEZ DE PARADA	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		28513727			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		<b>Número Documento Identificación</b>			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación					
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>						<b>Teléfono:</b>	2612195
<b>Departamento:</b>				<b>Municipio:</b>			

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

<b>Nombre</b>	SIN ESPECIFICAR		<b>Teléfono:</b>	8	2708000	431
			<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>		<b>Extensión</b>
<b>Servicio que solicita la referencia</b>	Hospitalización MEDICINA GENERAL		<b>Teléfono Celular</b>	3107040627		
<b>Servicio para el cual se solicita la referencia</b>	Hospitalización PSIQUIATRIA					

#### INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

#### Anamnesis:

"DISNEA"

#### Examen Físico:

ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN SDR, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, MV CON HIPOVENTILACION GLOBAL SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOR A PALPACION, NO SX IRRITACION PERITONEAL. EXT SIN EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL. SNC SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

**Fecha:** 2019/01/18    **Hora:** 15:42

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

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

**DATOS DEL PACIENTE**

VASQUEZ		DE PARADA		ISABEL		NO TIENE	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil	<input type="checkbox"/>	Pasaporte	28513727			
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación	<b>Número documento de Identificación</b>			
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación	<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1934-05-25			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>						<b>Teléfono:</b>	2612195
<b>Departamento:</b>	TOLIMA		73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE	73001	
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>		NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>	EPS037	

**Fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico:**

11/01/2019 18:11 HEMOGRAMA.  
MCVResultado: 92.80 fL  
RDW-CVResultado: 12.80 %  
LINFOCITOS ATÍPICOSResultado: %  
NORMOBLASTOSResultado: %  
RDW-SDResultado: 42.50 fL  
PLAQUETASResultado: 225 10<sup>3</sup>/uL  
MCHCResultado: 34.20 g/dl  
MCHResultado: 31.70 pg  
MPVResultado: 9.80 fL  
HEMATOCRITORResultado: 38.90 %  
HEMOGLOBINARResultado: 13.30 g/dl  
HEMATIESResultado: 4.19 10<sup>6</sup>/uL  
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULARResultado: mm/ 1 hora  
MONOCITOSResultado: 12.30 %  
BASOFILOSResultado: 0.30 %  
EOSINOFILOSResultado: 0.20 %  
LINFOCITOSResultado: 21.20 %  
NEUTROFILOSResultado: 66 %  
LEUCOCITOSResultado: 6.26 10<sup>3</sup>/uL  
11/01/2019 18:41 NITROGENO UREICO [BUN]  
.Resultado: 27 mg/dL  
UREA EN SANGREResultado: mg/dL  
11/01/2019 18:41 CREATININA EN SUERO  
.Resultado: 1.20 mg/dL  
11/01/2019 18:41 GLUCOSA EN SUERO  
.Resultado: 122 mg/dL  
11/01/2019 18:41 PROTEÍNA C REACTIVA ULTRASENSIBLE DE ALTA PRECISION  
P.C.R CUANTITATIVARResultado: 23 mg/l  
11/01/2019 19:07 GASES ARTERIALES Y VENOSOS ( EN REPOSO)  
SO2(c)Resultado: 92.70 %  
pHResultado: 7.5070 INDICE  
PCO2Resultado: 32.80 mmHg  
PO2Resultado: 58.10 mmHg  
FIO2Resultado: 0.21 INDICE  
NaResultado: mmol/L  
ClResultado: mmol/L  
BEResultado: 2.30 mmol/L  
cHCO3Resultado: 25.40 mmol/L  
CaResultado: mmol/L  
KResultado: mmol/L  
14/01/2019 14:26 SODIO  
.Resultado: 138.60 mmol/L

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

**Fecha:** 2019/01/18    **Hora:** 15:42

#### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

#### DATOS DEL PACIENTE

VASQUEZ		DE PARADA		ISABEL		NO TIENE	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b> <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería				28513727 <b>Número documento de Identificación</b>			
				<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1934-05-25			
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>						<b>Teléfono:</b>	2612195
<b>Departamento:</b>	TOLIMA		73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE		73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			NUEVA EPS S.A.		<b>Código:</b>	EPS037	

14/01/2019 14:26 POTASIO  
 .Resultado: 3.11 mmol/L  
 14/01/2019 14:41 NITROGENO UREICO [BUN]  
 .Resultado: 24.60 mg/dL  
 UREA EN SANGREResultado: mg/dL  
 14/01/2019 14:41 CREATININA EN SUERO  
 .Resultado: 0.98 mg/dL  
 18/01/2019 09:30 GLUCOSA EN SUERO  
 .Resultado: 89 mg/dL  
 18/01/2019 09:30 CREATININA EN SUERO  
 .Resultado: 0.86 mg/dL  
 18/01/2019 09:30 NITROGENO UREICO [BUN]  
 .Resultado: 15.70 mg/dL  
 UREA EN SANGREResultado: mg/dL  
 18/01/2019 09:36 HEMOGRAMA.  
 LEUCOCITOSResultado: 3.02 10<sup>3</sup>/uL  
 NEUTROFILOSResultado: 42 %  
 LINFOCITOSResultado: 52 %  
 EOSINOFILOSResultado: 3 %  
 BASOFILOSResultado: 1 %  
 MONOCITOSResultado: 2 %  
 VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULARResultado: mm/ 1 hora  
 HEMATIESResultado: 3.76 10<sup>6</sup>/uL  
 HEMOGLOBINARResultado: 11.60 g/dl  
 HEMATOCRITORResultado: 32.80 %  
 MCVResultado: 87.20 fL  
 MCHResultado: 30.90 pg  
 MCHCResultado: 35.40 g/dl  
 PLAQUETASResultado: 220 10<sup>3</sup>/uL  
 RDW-SDResultado: 39.20 fL  
 NORMOBLASTOSResultado: %  
 LINFOCITOS ATIPICOSResultado: %  
 RDW-CVResultado: 12.20 %  
 MPVResultado: 9.90 fL  
 18/01/2019 09:39 SODIO  
 .Resultado: 141.90 mmol/L  
 18/01/2019 09:39 POTASIO  
 .Resultado: 2.96 mmol/L

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

**Fecha:** 2019/01/18    **Hora:** 15:42

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

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

**DATOS DEL PACIENTE**

VASQUEZ		DE PARADA		ISABEL		NO TIENE	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				28513727			
				<b>Número documento de Identificación</b>			
				<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1934-05-25			
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>				<b>Teléfono:</b> 2612195			
<b>Departamento:</b>	TOLIMA			73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE 73001	
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>		NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>	EPS037	

**Resumen de la Evolución:**

**EVOLUCIÓN**

Fecha: 18/01/2019 15:33

Subjetivo, objetivo y análisis: NOTA MEDICA DE TURNO

PACIENTE CON DX:

EPOC EXACERBADO ANTHONISEN II

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA

TRANSTORNO DE ANSIEDAD VS TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

EPISODIO DE AGITAICON PSICOMOTORA EN LA NOCHE.

Pacinet valroad por Psicología quien considera presneta patolgoia psiqturica agudizada con conductas que pueden poner en iregso su integridad.

Se idnica remision URGENTE para val por Psiquiatria

CH con ligera leucopenia si neutorfília , dema slineas sina lteraciones

Funcion renal normal

s/s VDRL Y EKG como reuqisito para remision .

Plan de manejo: Pacinete valroad por Psicología quien considera presneta patolgoia psiqturica agudizada con conductas que pueden poner en iregso su integridad.

Se idnica remision URGENTE para val por Psiquiatria

CH con ligera leucopenia si neutorfília , dema slineas sina lteraciones

Funcion renal normal

s/s VDRL Y EKG como reuqisito para remision .

**Diagnóstico:**

J441 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA NO ESPECIFICADA Estado: En Estudio Tipo: Principal

F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO Estado: En Estudio Tipo: Relacionado

F319 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR NO ESPECIFICADO Estado: En Estudio Tipo: Relacionado

## ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2019/01/18 Hora: 15:42

## 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

VASQUEZ		DE PARADA		ISABEL		NO TIENE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				28513727			
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación			
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1934-05-25	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:						Teléfono:	2612195
Departamento:	TOLIMA			73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS S.A.			Código:	EPS037	

## Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: METILPREDNISOLONA 500MG POL/RECONS INYECTABLE  
AMPICILINA+SULBACTAM 1.5 G (UNASYN) POL/LIOF.RECONS INYECTABLE  
BROMURO DE IPATROPIO 0.4MG/10ML INHALADOR  
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR  
SALBUTAMOL 100MCG/10ML INHALADOR  
LOSARTAN 50MG TABLETA  
AMLODIPINO 5MG TABLETA  
FUROSEMIDA 40MG TABLETA  
ESOMEPRAZOL 20MG TABLETA  
ACETAMINOFEN 500MG TABLETA  
TRAZODONA 50MG TABLETA  
ESOMEPRAZOL 20MG TABLETA  
FUROSEMIDA 40MG TABLETA  
AMLODIPINO 5MG TABLETA  
LOSARTAN 50MG TABLETA  
SALBUTAMOL 100MCG/10ML INHALADOR  
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR  
BROMURO DE IPATROPIO 0.4MG/10ML INHALADOR  
AMPICILINA+SULBACTAM 1.5 G (UNASYN) POL/LIOF.RECONS INYECTABLE  
HALOPERIDOL 2MG/ML 15ML GOTAS  
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40MG/0,4ML SOL/INYEABLE  
CARBAMAZEPINA 200MG TABLETA  
LEVOMEPRAMAZINA 4% 20ML GOTAS  
AMPICILINA+SULBACTAM 1.5 G (UNASYN) POL/LIOF.RECONS INYECTABLE  
BROMURO DE IPATROPIO 0.4MG/10ML INHALADOR  
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR  
SALBUTAMOL 100MCG/10ML INHALADOR  
LOSARTAN 50MG TABLETA  
AMLODIPINO 5MG TABLETA  
CARBAMAZEPINA 200MG TABLETA  
OMEPRAZOL 20MG CAPSULA  
OMEPRAZOL 20MG CAPSULA  
CARBAMAZEPINA 200MG TABLETA  
AMLODIPINO 5MG TABLETA  
LOSARTAN 50MG TABLETA  
FUROSEMIDA 40MG TABLETA  
SALBUTAMOL 100MCG/10ML INHALADOR  
BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR  
BROMURO DE IPATROPIO 0.4MG/10ML INHALADOR  
AMPICILINA+SULBACTAM 1.5 G (UNASYN) POL/LIOF.RECONS INYECTABLE  
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40MG/0,4ML SOL/INYEABLE  
HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40MG/0,4ML SOL/INYEABLE  
AMPICILINA+SULBACTAM 1.5 G (UNASYN) POL/LIOF.RECONS INYECTABLE

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

**Fecha:** 2019/01/18    **Hora:** 15:42

#### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

#### DATOS DEL PACIENTE

VASQUEZ		DE PARADA		ISABEL		NO TIENE	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b> <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería				28513727 <hr/> <b>Número documento de Identificación</b>  <b>Fecha de Nacimiento:</b> 1934-05-25			
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>						<b>Teléfono:</b>	2612195
<b>Departamento:</b>	TOLIMA			73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE	73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>	EPS037

BROMURO DE IPATROPIO 0.4MG/10ML INHALADOR  
 BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR  
 SALBUTAMOL 100MCG/10ML INHALADOR  
 FUROSEMIDA 40MG TABLETA  
 LOSARTAN 50MG TABLETA  
 AMLODIPINO 5MG TABLETA  
 CARBAMAZEPINA 200MG TABLETA  
 OMEPRAZOL 20MG CAPSULA  
 CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL/ORAL  
 LEVOMEPRMAZINA 4% 20ML GOTAS  
 CARBAMAZEPINA 200MG TABLETA  
 AMLODIPINO 5MG TABLETA  
 LOSARTAN 50MG TABLETA  
 FUROSEMIDA 40MG TABLETA  
 SALBUTAMOL 100MCG/10ML INHALADOR  
 BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR  
 BROMURO DE IPATROPIO 0.4MG/10ML INHALADOR  
 AMPICILINA+SULBACTAM 1.5 G (UNASYN) POL/LIOF.RECONS INYECTABLE  
 HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40MG/0.4ML SOL/INYECTABLE  
 HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR 40MG/0.4ML SOL/INYECTABLE  
 AMPICILINA+SULBACTAM 1.5 G (UNASYN) POL/LIOF.RECONS INYECTABLE  
 BROMURO DE IPATROPIO 0.4MG/10ML INHALADOR  
 BECLOMETASONA DIPROPIONATO 250MCG INHALADOR  
 SALBUTAMOL 100MCG/10ML INHALADOR  
 FUROSEMIDA 40MG TABLETA  
 AMLODIPINO 5MG TABLETA  
 LOSARTAN 50MG TABLETA  
 CARBAMAZEPINA 200MG TABLETA  
 CLONAZEPAM 2.5MG/ML SOL/ORAL  
 LEVOMEPRMAZINA 4% 20ML GOTAS

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

**Fecha:** 2019/01/18    **Hora:** 15:42

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

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

**DATOS DEL PACIENTE**

VASQUEZ		DE PARADA		ISABEL		NO TIENE	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				28513727			
				<b>Número documento de Identificación</b>			
				<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1934-05-25			
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>						<b>Teléfono:</b>	2612195
<b>Departamento:</b>	TOLIMA			73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE	73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>		NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>	EPS037	

**Motivos de remisión:**

**REFERENCIA**

Paciente valorado por Psicología quien considera presencia patológica psiquiátrica agudizada con conductas que pueden poner en riesgo su integridad.  
Se indica remisión URGENTE para valorar por Psiquiatría  
CH con ligera leucopenia sin neutrofilia, demás líneas sin alteraciones  
Función renal normal  
s/s VDRL Y EKG como requisito para remisión.

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Registro:** 1085165760