

MINISTERIO DE PROTECCION SOCIAL ANEXO TECNICO No. 9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

ION DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF THE PROPERT	FECHA 3 17 20 18 HORA 12	#17
NOMBRE DEL PRESTADOR NOMBRE: FUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA		
TOMBRE, PUNDACION HOSPITAL DE LA MISERICORDIA	NIT x 8 9 9 9 9 1 2 3	3
20DIGC: 1 1 0 0 1 0 5 6 8 1 0 4	C.C	
	DIRECCION PRESTADOR AV CARACAS No 1-13	
TELEFONO:	DEPARTAMENTO: CUNDIMARCA MUNICIPIO: BOGOTA	
Indicativo Numero	031 3811970	
Hortinez Peralta	Doniela	
1er apellido 2do. Apellido	1er, nombre 2do, nombre	
Fipo Documento de identificacion		
Registro civil Pasaporte		
X Tarjete de identidad Adulto sin identifica	acion Numero Documento de identificacion	
Cedula de ciudadania Menor sin identifical Cedula de extranjeria	acion	
	Fecha de nacimiento: 10/04/12/00	14
Direccion de la Resisdencia nalitual:	74 + 42 \iv Telefono: 32180 pg	
Departamento: Rocanti Entidad responsable del pago:	Municipio:	
Intidad responsable del pago: -tml5mv	Contributio codigo:	
DATOS DE LA PER	RSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE	0.00000
APONTE HOLING	Helmer.	t seatt diver
1er apellido 2do. Apellido	1er. nombre 2do. nombre	
Fipo Documento de identificacion	200. Holigije	
Registro civil Pasaporte		
Registro civil Pasaporte Tarjeta de identidad Adulto sin identificac	action	
Cedula de ciudadania Menor sin identificad		
Cedula de extranjeria		
Direccion de la Resisdencia habitual	4 # 42 \(r \) Telefono: \ 3218800	71
Departamento:	Municipio,	c/0//
PROFESIONAL QUE SOLICITA L	LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE	5000 A
lombre: Comila Leo		T
	Telefono: Indicativo Numero	I. I
Servicio que solicita la referencia: Legiono.	Telefono Celular:	
ervicio para el cual se solicta la referencia: \\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	de run lletil	
	ACION CLINICA RELEVANTE	
taciente de 14 arios con intento	o de suicidio premeditado 11 se siones profundas con exposición o teildo vosculor. Requiere mon alud mental por lo que se solic	
corto con cuchilla" con lesi	umer profundos con exposiciós	ج0 <u>.</u>
dolida caldar culacutanea u	double to color of choosing	ЭĽ
TO THE CONTRACT SUBJECTION OF	Legisla mondia. Keginere mon	Ch
integral en unidad de sa	alled mental par la cuio co solio	, <u>T</u> ,
111001	Car a dr. 20 soul	710
remisia.		į
		į
<u> </u>		ł
FIRMA Y REGISTED	RO DEL PROFESIONAL QUE REMITE	
	W VILL NOT COORAL GOE REWITE	