

FORMATO SOLICITUD DE REMISIÓN

CÓDIGO:	
RYC-06-16	
VERSIÓN:	
0	

Nombres y apellidos: Juan Diego Cortes Bohorgueg No. Documento de identificación: 1026594261	Fecha: 16 10 2018 No. Solicitud:	
Cortes Bohorgreg	Hora: Género:	
No. Documento de identificación: 1026594261	Servicio: Vrgencias	
Fecha de nacimiento: DD 05 1998	Cama: Edad:	
Asegurador: Sanitas		
Tipo de afiliación: Subsidiado Contributi	ivo Particular	
ARL ARS	Fondo financiero	
Nombre y código de diagnóstico: Trastorno mixto de gusiadad		
Nombre y código de diagnóstico: Trastorno mixto de ansiedad y depressón F412		
Motivo de referencia: Ausencia del profesional	No disponibilidad de camas	
No convenio Servicio no ofertado	Otro Cuál?	
Especialidad requerida: Psignia tris		
Tipo de ambulancia requerida para el traslado:		
Nombre médico que ordena: / /	Firma y código: / /	
fudrum Arazs	Juding Ariga	
INFORMACIÓN DEL PACIENTE		
Nombre del acudiente: Wilson Cortes		
Dirección residencia: Cra 54 # 167 - 56		
Teléfono fijo: 7974548	eléfono celular: 350 460 8 4 4 5	
OBSERVACIONES		
	*	