



EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY  
SOLICITUD DE SERVICIOS  
SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



Secretaría de Salud  
ALTAJERÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

N° DE SOLICITUD  
25001-49857

\*\* N° VERIFICACIÓN

FECHA REPORTE ENCUESTA PRIORITARIA: DIA MES AÑO  
FECHA DE REFERENCIA: DIA MES AÑO

TIPO DE USUARIO: 1. AMBULATORIO ☐ 2. EN URGENCIAS ☒ 3. HOSPITALIZADO ☐ TIPO DE ATENCIÓN: 1. ELECTIVA ☐ 2. ELECTIVA PRIORITARIA ☐ 3. URGENTE ☐ 4. HOSPITALIZACIÓN ☐

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE  
PRIMER NOMBRE: Way SEGUNDO NOMBRE: PRIMERO APELLIDO: Floranly SEGUNDO APELLIDO:  
EDAD: 20 AÑOS MESES DÍAS DIRECCIÓN RESIDENCIA:  
T.D. N° IDENTIFICACIÓN: 1110480635 SEXO: M ☐ F ☒ TELEFONO: 3213334230 LOCALIDAD:  
C.C. Cédula de ciudadanía R.C. Registro civil MSI Menor sin identificación  
T.I. Tarjeta de identidad PA Pasaporte ASI Adulto sin identificación

PERSONA RESPONSABLE (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)  
NOMBRE Y APELLIDO: Manuel DIRECCIÓN RESIDENCIA: TV 776 B.D #2-4 TELÉFONO: 3213334230 3105621340

AFILIACIÓN SGSSS  
Subsidiado ☐ Clasif. Socioec. ☐ Nivel SISBEN 1 2 3 4 5-6 Población Especial ☐  
Contributivo ☒ Particular ☐ Número ficha I. Indígena S. IVA Social M. Menor en protección  
G. Indigente D. Desplazado O. Otros  
Entidad Administradora: EPO Otro Régimen:

SOLICITUD DE REFERENCIA  
FECHA: 07/07/18 HORA: 20:00 A.M. ☒ P.M. ☐  
Edad Gestacional (sem): 20+25 4-9857

Nombre del Procedimiento Solicitado		Código Servicio Solicitado	Identificación de Instituciones			
			Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1.	Episodio de...	512710				
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						

ANAMNESIS: Paciente con cuadro de 2 días de evolución de idiosincrasia pruriginosa y hemorroides

EXAMEN FÍSICO: Abdomen blando, sin signos de alarma, no altera coloración cutánea

RESULTADOS EXAMENES DIAGNÓSTICOS: Rx T: 12/10 FC: 89 F: 11. Le encuenan...

Nombre del diagnóstico		Código de diagnóstico
1.	Episodio pruriginoso agudo	P23.1
2.		
3.		
4.		

TRATAMIENTO/COMPLICACIONES: Lorazepam 1mg x 2 (1/2 - 1/2 - 1)

MOTIVO REFERENCIA: 1. Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de insumos ☐ 5. Falta de camas ☒ 7. Emergencia sanitaria ☐

REPUBLICA DE COLOMBIA  
IDENTIFICACION PERSONAL  
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.110.480.635**

**HERNANDEZ DIAZ**  
APELLIDOS

**LUCY CONSUELO**  
NOMBRES

*Lucy Consuelo Hernandez*  
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **20-DIC-1988**

**IBAGUE**  
(TOLIMA)  
LUGAR DE NACIMIENTO

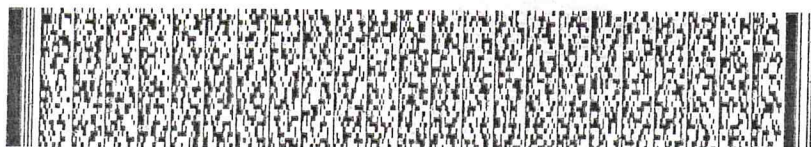
**1.65**  
ESTATURA

**A+**  
G.S. RH

**F**  
SEXO

**07-FEB-2007 IBAGUE**  
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

*[Signature]*  
REGISTRADOR NACIONAL  
JUAN CARLOS GALINDO VACHA



P-2900100-63159541-F-1110480635-20070601

0471207152A 02 229077984



REPÚBLICA DE COLOMBIA - SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD



**E.P.S. SANITAS**  
ORGANIZACIÓN **SANITAS** INTERNACIONAL

**LUCY CONSUELO HERNANDEZ DIA**

<b>01</b>	<b>3010-3249642</b>	<b>1 POS</b>
<small>OFICINA</small>	<small>No. DE AFILIACION</small>	<small>AFILIADO</small>
<b>C 1110480635</b>		<b>N</b>
<small>DOCUMENTO DE IDENTIFICACION</small>		<small>TIPO DE DISCAPACIDAD</small>
<b>06022017</b>		
<small>AFILIADO DESDE</small>		

3105621340

Con este carné, el afiliado tiene derecho a recibir los servicios del Plan Obligatorio de Salud contemplado en la Ley 100 de 1993 y sus normas reglamentarias. Solo puede ser utilizado por quien figure en este, presentándolo en todos los casos que demanda cualquier servicio.

Por urgencias, comuníquese con nuestra Línea de Atención Integral FONOSANITAS: 375 9000 en Bogotá, o 01 8000 919100 desde otras ciudades.

Superintendencia Nacional de Salud  
Línea de atención al usuario 483 7000 - Bogotá, D.C.  
Línea gratuita nacional 01 8000 513700

VIGILADO Supersalud