



**ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PAIPA**  
**NIT. 891855209**  
**CRA 20 # 21-37 (Tel:7850110)**

**Remisiones**  
**201810300264 - 1**  
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión DÍA 30 MES 10 AÑO 2018 **Autorización:** XXX  
No. de Historia Clínica CC4191696  
Sede ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PAIPA Código 155160073201  
Institución a la que se remite ----- Código ----

#### IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

**Nombres** JOSE MIGUEL **1er. Apellido** CAMACHO **2do. Apellido** RUIZ **Sexo** **M** ☒ **F** ☐  
Documento Identidad ----- **C.C.** ☒ **T.I.** ☐ **R.C.** ☐ **No.** 4191696  
Dirección CRA 20 NO 24-38 Teléfono 3133941840 Edad 60 Ano(s)  
Municipio PAIPA Departamento Boyaca Urbano ☒ Rural ☐  
Lugar y Fecha de Nacimiento - 10/06/1958  
Estado Civil SOLTERO

#### REGIMEN

Contributivo ☒ Subsidiado ☐ Vinculado ☐ SOAT ☐ Particular ☐ Otro ☐  
Nombre Aseguradora NUEVA EPS SA

#### DATOS DE LA REFERENCIA

**Fecha de Ingreso** **Servicio que Remite** **Especialidad**  
**D** 30 **M** 10 **A** 2018 Urgencias ☒ MEDICINA GENERAL  
**Fecha de Egreso**  
**D** 30 **M** 10 **A** 2018 Consulta Externa ☐  
Hospitalización ☐  
Otro ☐

**Modalidad de Solicitud** **Servicio que Remite** **Especialidad**  
Remisión ☒ Urgencias ☐  
Interconsulta ☐ Consulta Externa ☐  
Orden de Servicio ☐ Hospitalización ☐  
Apoyo Tecnológico ☐ Otro PSIQUIATRIA PSIQUIATRIA

**Motivo de Remisión** **Médico que Remite**  
Nivel de Competencia ☒ Nombre CARLOS DARIO MOGOLLON  
No hay Recurso Humano ☐ Firma y Sello -----  
No hay Equipo ☐ C.C. 4053294  
Petición Voluntaria ☐ Registro Médico -----  
Otro ☐

PACIENTE CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR CON EPISODIO MANIACO SE REMITE PARA MANEJO INTRAHOSPITALARIO POR PSIQUIATRIA

**Nivel de Competencia**  
Nivel que Remite **1** ☒ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐  
Nivel al que se Remite **1** ☒ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐

#### Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud 17:34 Hora 17 Minutos 34  
Nombre de la persona que solicita la Remisión  
CARLOS DARIO MOGOLLON .(MEDICINA .)  
Hora Confirmación 17:34 Hora 17 Minutos 34  
Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)  
MEDICO URGENCIAS  
Datos de Llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)  
Hora ----- Minutos -----  
Nombre del Conductor ----- No. Placa Ambulancia -----

Impreso por:

JULIE PAOLA ARENAS ACUÑA  
AUXILIAR DE ENFERMERIA