



Diagnóstico alvarado 38 Inyector H/ Ocasional  
EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO  
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY  
SOLICITUD DE SERVICIOS  
SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA



ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

Nº DE SOLICITUD	** Nº VERIFICACIÓN	FECHA REPORTE ENCUESTA PRIORITARIA	DÍA	MES	AÑO
		FECHA DE REFERENCIA	DÍA	MES	AÑO

TIPO DE USUARIO:	TIPO DE ATENCIÓN:
1. AMBULATORIO <input type="checkbox"/> 2. EN URGENCIAS <input type="checkbox"/> 3. HOSPITALIZADO <input checked="" type="checkbox"/>	1. ELECTIVA <input type="checkbox"/> 2. ELECTIVA PRIORITARIA <input type="checkbox"/> 3. URGENTE <input type="checkbox"/> 4. HOSPITALIZACIÓN <input checked="" type="checkbox"/>

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	PRIMER NOMBRE:	SEGUNDO NOMBRE:	PRIMER APELLIDO:	SEGUNDO APELLIDO:
	Anderson	Faney	Jardoval	Guzman
EDAD:	23 AÑOS MESES DÍAS	DIRECCIÓN RESIDENCIA:	Cll 64 A #16A-35 Sur	
T.D.	CC	Nº IDENTIFICACIÓN:	SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	TELÉFONO: 304 865 7133
		1688770223		LOCALIDAD: 7655903
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:	DIRECCIÓN RESIDENCIA:	TELÉFONO:
	Mama Guzman	Cll 64 A #16A-35 Sur	304 865 7133

AFILIACIÓN SGSSS	Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/>	Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>	Nivel SISBEN 1 2 3 4 5 6	Población Especial <input type="checkbox"/>
			Número ficha	I. Indígena S. IVA Social M. Menor en protección G. Indigente D. Desplazado O. Otros
Entidad Administradora:	Nueva EPS	Otro Régimen:		

SOLICITUD DE REFERENCIA	FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	A.M. P.M.	Edad Gestacional (sem)
	7/7	7	7	18			18:22

Identificación de Instituciones		Nombre Punto de Atención Destino Inicial		Nombre Punto de Atención Destino Final	
Nombre del Procedimiento Solicitado	Código Servicio Solicitado	Código Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Final
1. Unidad de salud mental - Psiquiatría	112170			Clinica Ensamble	
2.				Sede 1pm	
3.					
4.					
5.					
6.					

ANAMNESIS: 2 meses de alteraciones auditivas complejas, intermitentes, de carácter paroxístico y progresivo, heterogénea verbal, inactividad motora, ansiedad. Historia de cuadro febril desde hace 4 años.

EXAMEN FÍSICO: TA 110/70 FC 72x' FR 20x' Atecho, orientado colateralmente, afecto insuficiente fondo, cuneros. Idear, delirantes paroxísticos y magros, niega alteraciones. Estado. Inspección pobre.

RESULTADOS EXAMENES DIAGNÓSTICOS:  
Ninguno.

Nombre del diagnóstico		Código de diagnóstico	
1. Esquizofrenia		F200	
2.			
3.			
4.			

TRATAMIENTO/COMPLICACIONES:  
Risperidona 37.5 mg 2ra clls drar.  
Risperidona 3 mg 6-0-1  
Levomemantina 25 mg 1-0-1

MOTIVO REFERENCIA:

DIRECCION: TRANSV 74 F No. 40 B 54 SUR

TELEFONO 4480007

Imprime BERDRIGUEZ

CLIENTE	CAPITAL SALUD ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD DEL REGIMEN SUBSIDIADO S.A.S
NIT	900298372
DIRECC.	CI 126 A 7-65
TELEFONO	2140477
PACIENTE	ROSA ELINA GAITAN FARFAN
HC No. 925192	Fec Ingreso 19 ene. 2016 03:48 p. m.
IDENTIFICAC. 28992941	Fec Egreso 19 ene. 2016 03:49 p. m.
DIRECCION	DG 7 N 9 85
FECHA NACIMIENTO	
Estrato	SUBSIDIADO NIVEL 0
Empresa	MANUAL DE ONCOLOGIA - CAPITAL SALUD

Edad	71 Años \ 3 Meses \ 20 D
INGRESO No 1245897	
Sexo	Femenino
Usuario	BERDRIGUEZ
No. Cita Médica	
Ingreso por:	Consulta_Externa
*** TOPE	
CUMPLIDO***	

CÓDIGO	NOMBRE	CANT	VR UNIT	AJUSTE	VR PAC	VR ENT
--------	--------	------	---------	--------	--------	--------

PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO

898103	ESTUDIO DE COLORACION INMUNOHISTOQUIMICA EN BIOPSIA	1,00	\$146.230,57	-\$30,57	\$0,00	\$146.200,00
898241	ESTUDIO DE COLORACION BASICA EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	1,00	\$133.407,60	-\$7,60	\$0,00	\$133.400,00
898250	ESTUDIO DE RECEPTORES HORMONALES EN ESPECIMEN CON RESECCION DE MARGENES	10,00	\$68.044,08	-\$440,75	\$0,00	\$680.000,00

VALOR SUBTOTAL DE SERVICIOS PRESTADOS \$959.600,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION \$0,00

VALOR ANTICIPO \$0,00

VALOR CUOTA DE RECUPERACION RESPONSABILIDAD DEL USUARIO \$0,00

VALOR IVA \$0,00

VALOR DESCUENTO \$0,00

VALOR FRANQUICIA \$0,00

VALOR TOTAL ORDEN DE SERVICIO \$959.600,00

TOTAL: NOVECIENTOS CINCUENTA Y NUEVE MIL SEISCIENTOS PESOS CON CER0 CTVS M/Cte.

ELABORO LIQUIDACION Y CARTERA FIRMA Y HUELLA PACIENTE AUDITOR

Nombre reporte : FCRPFacturaEntidad

Usuario Id. : BERDRIGUEZ

LIQUENCIADO A: [HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY TERCER NIVEL E.S.E.] NIT [800196939-3]





**SALUD**

**SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**

**\*\* Nº VERIFICACIÓN**

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

TIPO DE USUARIO:		TIPO DE ATENCIÓN:			
1. AMBULATORIO	<input type="checkbox"/>	2. EN URGENCIAS	<input type="checkbox"/>	3. HOSPITALIZADO	<input checked="" type="checkbox"/>
				1. ELECTIVA	<input type="checkbox"/>
				2. ELECTIVA PRIORITARIA	<input type="checkbox"/>
				3. URGENTE	<input type="checkbox"/>
				4. HOSPITALIZACIÓN	<input checked="" type="checkbox"/>

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO:	
PRIMER NOMBRE: Anderson		PRIMER APELLIDO: Jandaval		SEGUNDO APELLIDO: Guzman	
EDAD: 23		DIRECCIÓN RESIDENCIA: Cll 64 A #15A - 35 SUR		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
AÑOS MESES DÍAS		N° IDENTIFICACIÓN: 1688770223		TELÉFONO: 304 8657133	
T.D. CC		WSI Menor sin identificación		LOCALIDAD: 7655903	
C.C. Cédula de ciudadanía		R.C Registro civil			
T. Tarjeta de identidad		PA Pasaporte			

PERSONA RESPONSABLE (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES) NOMBRE Y APELLIDO:	Mama Gwerman	DIRECCION RESIDENCIA:	011 6A # 16A-36 cur	TELÉFONO:	3048687133
---	--------------	-----------------------	---------------------	-----------	------------

[illegible]

44222

SOLICITUD DE REFERENCIA

FECHA: 7/17 DIA 3 MES 7 AÑO 18

HORA: 10:22

A.M. P.M.

Edad Gestacional (sem)

Identificación de Instituciones					
Nombre del Procedimiento Solicitado	Código Servicio Solicitado	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. Unidad de salud mental - Paraguayana	112 170			CLINIC ENFERM	
2.				SODE SPA	
3.					
4.					
5.					
6.					

[illegible]

EXAMEN FÍSICO: TA 110/70 FC 72 K<sup>+</sup> PR 20 X<sup>-</sup> Alisla, orientado colabora  
afecto insuficiente fondo cuntrato. Ideal de un inter para no der  
y mostrar, nega a una carner. Culo. En herpeas por

**RESULTADOS EXAMENES DIAGNÓSTICOS:**

Amberg

	Nombre del diagnóstico	Código de diagnóstico
1.	Erypsi zofrenna	7200
2.		
3.		
4.		

## TRATAMIENTO/COMPLICACIONES:

TRATAMIENTO/COMPLICACIONES:		
Dispendona	37,5 mg	FM clls drar.
Dispendona	3 mg	6-0-1
Levomopromazina	25 mg	[-0-1]

MOTIVO REFERENCIA:

1. Servicio no ofertado	<input type="checkbox"/>	3. Falta de insumos	<input type="checkbox"/>	5. Falta de camas	<input checked="" type="checkbox"/>	7. Emergencia sanitaria	<input type="checkbox"/>
2. Ausencia del profesional	<input type="checkbox"/>	4. Falta en equipos	<input checked="" type="checkbox"/>	6. Cese de actividades	<input type="checkbox"/>	8. Otro, cuál _____	<input type="checkbox"/>

**DATOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA**

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA		** DATOS DE CONTROL
NOMBRE:	<input checked="" type="checkbox"/> Médico / Odontólogo General <input type="checkbox"/> Médico / Odontólogo Especialista	Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes hospitalarias): Dr. Mariana L. G. 6/12
FIRMA:		
		REGISTRO:

**Información suministrada por profesional autorizado**      **Diligenciar por el médico / odontólogo remitente**

7. Diligenciar por el funcionario encargado del direccionamiento

Código: 05-140-08-V1

~~3077023 ops~~ ~~Conthick~~

3077058 ops subsid

with 900959048

Midin ~~atlas~~ Calbuena

9/12 / 1/16 → \$100pm

MD Yate →

Diane Pardo

Maria Louren

Angela Melo

Guem

Alexandra