
 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES		CÓDIGO: MI-SC-F-168-01
			VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		PÁGINA : 2 DE 2
			FECHA : 15/11/2017

Resultados de Exámenes Diagnósticos	/

Nombre del Diagnóstico	Código de Dx
F33.2. Trastorno bipolar recurrente disquirético	

Tratamiento/Complicaciones	Remisión a Unidad de Salud Mental

Motivo de Referencia			
Servicio no Ofertado	Falta de insumos	Falta De Camas	Emergencia Sanitaria
Ausencia de Profesional	Falta de equipos	Cese de Actividades	Otro <input checked="" type="checkbox"/>

 Profesional que realiza la remisión / R.M.	Institución / Profesional que acepta la remisión	Fecha /Hora
--	--	-------------

CANCELACIÓN DE LA REMISIÓN	
Fecha y Hora	Profesional que Cancela
Motivo de Cancelación	