

**CLINICA JUAN N. CORPAS**  
**830113849**  
**Formato de Referencia y Contrareferencia**

[RRefCRef2]  
**Fecha:** 24/02/2019  
**Página:** 1

<b>Nº Solicitud</b> RCR-3953	<b>Fecha de Referencia</b> 24/02/2019 12:19:28	<b>Nº Verificación</b>	<b>Tipo de Atención</b> Hospitalaria
<b>Nombre :</b> ANGULO SANCHEZ JUAN DAVID		<b>Nº Identificación :</b> 1014285797	<b>Tipo Doc :</b> CC
<b>Edad :</b> 22 AÑOS	<b>Dirección Residencia :</b> CRA 56 N 161 45	<b>Localidad :</b> BOGOTA D.C.	
<b>Sexo :</b> M <b>Teléfono :</b> 3143600071			
<b>Nivel atención :</b> A COTIZANTE N1	<b>Empresa :</b> 800251440-6	EPS SANITAS	
<b>DATOS DE REFERENCIA</b>			
<b>IPS Referente :</b> 62 CLINICA JUAN N CORPAS			
<b>Médico Referente :</b> FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ BUSTOS		<b>Reg Medico Ref :</b> 79003065	
<b>Especialidad :</b> 385 MEDICINA FAMILIAR			
<b>Diagnóstico :</b> R418 OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS			
<b>Descripción Caso Clínico :</b> OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS			
<b>Motivos Remisión Médica:</b> NO CONTAMOS CON ESE SERVICIO			
<b>Observaciones:</b> REFERENCIA AUTOMÁTICA POR SALIDA TIPO REMISIÓN			
<b>Servicio Solicitado :</b> UNIDAD DE CUIDADO MENTAL Y VALORACION POR PSQUIATRIA			
<b>IPS de Destino :</b>			
<b>Servicio Ambulancia :</b>		<b>Fecha y hora de traslado :</b>	
<b>Quien entrega :</b> ME269	<b>FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ BUSTOS</b>		<b>Reg Medico :</b> 79003065
<b>Quien recibe :</b> 0			<b>Reg Medico :</b>
<b>Responsable paciente</b>			
<b>Tipo Documento :</b>	<b>Documento :</b> 0	<b>Nombre :</b>	
<b>Dirección respon :</b>		<b>Telefono :</b>	<b>Parentesco :</b>

**Usuario Registro :**

**Medico que aprueba :**

*Francisco Javier Hernandez B.*

FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ BUSTO

FRANCISCO JAVIER HERNANDEZ BUSTOS  
Reg. 79003065

7J.0 \*HOSVITAL\*

24/02/2019

\*\*\* **FIN DEL REPORTE** \*\*\*

14:18:08

**Usuario:** 1000950211