



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

Remisiones
201810130059 - 1
 SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión	DÍA <u>13</u>	MES <u>10</u>	AÑO <u>2018</u>	Autorización: 1
<input type="checkbox"/> de Historia Clínica <u>CC1053614926</u>				
Sede	<u>ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PAIPA</u>			Código <u>155160073201</u>
Institución a la que se remite	-----			Código <u>----</u>

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
<u>HAROL SEBASTIAN</u>	<u>VARGAS</u>	<u>SUAREZ</u>	M <input checked="" type="radio"/> F <input type="radio"/>
D <input type="checkbox"/> Document <input type="checkbox"/> Identidad	C.C. <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/>	No. <u>1053614926</u>	
Dirección <u>TRA 22 P 16 06</u>		Teléfono <u>3208887846</u>	Edad <u>20</u> An(s)
Municipio <u>PAIPA</u>	Departamento <u>Bogotá</u>	Urbano <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u>	Rural <input type="checkbox"/>
Lugar y Fecha de nacimiento <u>- 08/11/1997</u>			
Estado Civil <input type="checkbox"/> <u>APLICA</u>			

REGIMEN					
<input checked="" type="radio"/> Contributivo <input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/> Subsidio <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Vinculado <input type="radio"/>	<input type="radio"/> SOAT <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Particular <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Otro <input type="radio"/>
Nombre Asegurador <u>EPS FAMILIAR SAS</u>					

DATOS DE LA REFERENCIA		
Fecha de Ingreso	Servicio que Remite	Especialidad
D <u>13</u> M <u>10</u> A <u>2018</u>	Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u>	<u>MEDICINA GENERAL</u>
Fecha de Egreso	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	
D <u>13</u> M <u>10</u> A <u>2018</u>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	
	Otro <input type="checkbox"/>	

Modalidad de Solicitud	Servicio que Remite	Especialidad
Remisión <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u>	Urgencias <input type="checkbox"/>	
Intercambio <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	
Orden de Servicio <input type="checkbox"/>	Hospitalización <input type="checkbox"/>	
Apoyo Tecnológico <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	<u>PSIQUIATRIA</u>

Motivo de Remisión	Médico que Remite
Nivel de Competencia <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u>	Nombre <u>CRISTIAN ESTEBAN PACHECO MEDICINA</u>
¿Hay Recursos Humanos? <input type="checkbox"/>	Firma y Sello <input type="checkbox"/>
¿Hay Equipo? <input type="checkbox"/>	C.C. <u>1053608163</u>
Petición Voluntaria <input type="checkbox"/>	Registro Médico <input type="checkbox"/>
Otro <input type="checkbox"/>	

PACIENTE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD CONSIDERO REMISION PATRA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA

Nivel de Competencia				
Nivel que Remite	1 <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
Nivel al que se Remite	1 <input checked="" type="checkbox"/> <u>X</u>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)		
Hora Solicitud <u>20:50</u>	Hora <u>20</u>	Minutos <u>50</u>
Nombre de la persona que solicita la Remisión <u>CRISTIAN ESTEBAN PACHECO ME. (MEDICINA)</u>		
Hora Confirmación <u>20:50</u>	Hora <u>20</u>	Minutos <u>50</u>
Nombre del Confirmado (persona que acepta la Remisión) <u>1</u>		
Datos de Llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)		
Hora <u>-----</u>	Minutos <u>-----</u>	
Nombre del Conductor <u>-----</u>		<input type="checkbox"/> Placa Ambulancia <u>-----</u>

Impresión:

Sonoma Wildlife Bureau
76582710
Box 98 Sonoma, CA 94965

SADRA MILEA BARO
AUXILIAR DE EFERMERIA