

	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

--

Nombre del Diagnostico	Código de Dx
INTENTO SUICIDA	

Tratamiento /Complicaciones	
PLAN; 1, OBSERVACION 2, NADA VIA ORAL 3, SONDA NASOGASTRICA PARA LAVADO CON SSN 2000 CC 4, HARTMAN ADMINISTRAR A 120 CC/H 5, OMEPRAZOL AMP 40 MG APLICAR IV AHORA 6, METOCLOPRAMIDA AMP 10 MG APLICAR IM AHORA 7 GLUCOMETRIA 8, S/S VALORACION POR PSIQUIATRIA 9, ACOMPAÑANTE PERMANENTE 10 CSV Y AC	

Motivo de Referencia			
Servicio no Ofertado	Falta de insumos	Falta De Camas	Emergencia Sanitaria
Ausencia de Profesional	Falta de equipos	Cese de Actividades	Otro

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	


 Médica
 Univ. Metropolitana
 C.C. 1.140.828.635