

ENTIDAD REMITENTE  
ENTIDAD DESTINO

Administradora Country S.A.  
Otro

No Solicitud  
14717

\*Fecha de Referencia 13-ene-2019 10:54 pm  
\*\* No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria  
Dia Mes Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio ☐ 2. En Urgencias ☒ 3. Hospitalizado ☐

Tipo de atención

1. Electiva ☐ 2. Electiva prioritaria ☐ 3. Urgente ☒ 4. Hospitalización ☐  
Servicio que egresa: URGENCIAS ADULTOS

Identificación del paciente

Primer nombre Segundo nombre Primer apellido Segundo apellido  
**ANDRES MAURICIO ACERO GUEVARA**  
Edad: Años 34 Meses 8 Días 20 Dirección residencia CL 141 9 84 CASA CEDRITOS  
T.D. C.C No. Identificación 80198643 Sexo Teléfono 3149186  
CC Cédula de ciudadanía RC Registro civil MSI Menor sin identificación Localidad USAQUEN - LOCALIDAD B  
TI Tarjeta identidad PA Pasaporte ASI Adulto sin identificación ☒ F Edad gestacional:

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido HENRRY ACERO CL 3158300794 Dirección residencia Teléfono 0

Afiliación SGSSS

Subsidiado ☐ Clasif. Socioec. ☐ Nivel SISBEN 1 2 3 4 5-6 Población Especial ☐ O  
Contributivo ☐ Particular ☐ No. Ficha I. Indígena S. IVA Social M. Menor en protección  
Entidad Administradora: ALLIANZ SEGUROS DE VI Otro régimen: COTIZANTE - A G. Indigente D. Desplazado O. Otros

Solicitud de referencia

Fecha: Dia 13 Mes 1 Año 2019 Hora: 10:54 AM ☒ PM Responsable que recibe:

Especialidad:

Psiquiatría

Identificación de Instituciones

Nombre del procedimiento solicitado	Código del 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					

ANAMNESIS : HACE 4 DIAS NO PUEDE DORMIR

Cuadro clinico de 4 dias evolucion consistente en problemas para conciliar el sueño ,asociado a inquietud motora " Alicomaciones auditivas y viaules " habla incoherencias .

EXAMEN FISICO :

RESUMEN : PACIENTE VALORADO POR PSIQUIATRIA, CONSIDERAN REQUIERE MANEJO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. DE ACUERDO A CONCEPTO DE ESPECIALIDAD SE HOSPITALIZA PACIENTE POR PSIQUIATRIA Y SE INICIA TRAMITE DE REMISION

EXAMENES DE LABORATORIO :

Nombre del diagnóstico	Código diagnóstico
1 ESQUIZOFRENIA PARANOIDE - (F200)	F200

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : ACOMPAÑANTE PERMANENTE

HOSPITALIZACION POR PSIQUIATRIA

REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL - SE COMENTA CON REFERENCIA -

Motivo Referencia:

1. Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de insumos ☐ 5. Falta de camas ☐ 7. Emergencia sanitaria ☐  
2. Ausencia del profesional ☐ 4. Falla en equipos ☐ 6. Cese de actividades ☐ 8. Otro; cuál REQUIERE UNIDAD DE SA

Datos del profesional que referencia

Nombre JENNIFER GONZALEZ SANABRIA ☐ Médico / Odontólogo General  
Firma ☐ Médico / Odontólogo Especialista  
Registro 1013578098

\*\*Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

\* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

\*\* Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento