



Hospital
Simón Bolívar

REFERENCIA DE PACIENTES

GESTION CIENTIFICA REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Código: GCF-FO-220-001

Versión: 0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
III Nivel E.S.E.

N° de Planilla		Fecha de radicación de la Referencia		Hora Militar																			
				24 05 18																			
TIPO DE USUARIO		TIPO DE USUARIO		TIPO DE USUARIO																			
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input checked="" type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>	3. Urgencias <input type="checkbox"/>																		
4. Hospitalización <input type="checkbox"/>																							
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																							
Primer Nombre: BRIANA		Segundo nombre: DANIELA		Primer Apellido: GONZALEZ																			
Fecha de Nacimiento: Día 14 Mes 05 Año 2018		Segundo Apellido: BELTRAN		SEXO <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M																			
Edad: Años 14 Meses 05 Dias 10		N° Identificación: 1007953249																					
Tipo Documento		Dirección Residencia		Localidad																			
Teléfono		PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)																					
Nombre y Apellido: Michelle Cambita		Teléfono: 3125954964																					
Dirección Residencia		AFILIACIÓN SGSSS																					
Subsidiado <input type="checkbox"/>		Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/>		Nivel/Categoría <input type="checkbox"/>																			
Contributivo <input type="checkbox"/>		Particular <input type="checkbox"/>		Población Especial <input type="checkbox"/>																			
Entidad Administradora: SENITOS		I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección		G. Indigente D. Desplazado OTRO: OTRO																			
SOLICITUD DE REFERENCIA																							
Fecha: Día 24 Mes 05 Año 2018		Hora Militar 10:45		Edad gestacional (sem.)																			
Identificación de Instituciones		Nombre Punto de Atención Destino Final		Código Punto de Atención Destino Final																			
Nombre del Procedimiento Solicitado		Código Servicio Solicitado CUPS		Nombre Punto de Atención Destino Inicial																			
1. Hospitalización Unidad Salud		H55		Hospitalización Unidad																			
2. Unidad de Salud				de Salud																			
3. Unidad de Salud				y adobera																			
Nivel de Atención requerido:		I Nivel		II Nivel																			
		III Nivel																					
Anamnesis																							
Paciente de 14 años antecedente de crisis convulsivas y alteración en comportamiento con																							
epilepsia sintomática nocturna a episodios de convulsiones y pérdida de conciencia en episodios de																							
Signos vitales: TA: 110/70 mmHg FC: 70 x min IR: 100 x min TC: 36.5 °C PESO: 45 Kg Glasgow: 15 SAT O2: 95 %																							
Examen Físico																							
Paciente en regular presentación con dificultad en la marcha y alteración somnolenta, abetible																							
a la observación, parámetros físicos, buena en el examen físico, buen estado																							
Resultados exámenes diagnósticos																							
Normal																							
Nombre del Diagnóstico																							
Déficit cognitivo moderado en alteración del comportamiento																							
Trastorno de ansiedad																							
Tratamientos y Complicaciones																							
Prescripción: 2mg cada 12 horas																							
Cefepime de 1g y 300mg cada 12 horas																							
Levofloxacina 500mg cada 12 horas																							
MOTIVO REFERENCIA																							
1. SERVICIO NO OFERTADO <input type="checkbox"/>						2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL <input type="checkbox"/>						3. FALTA DE INSUMOS <input type="checkbox"/>						4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS <input type="checkbox"/>					
5. FALTA DE CAMAS <input type="checkbox"/>						6. Cese de actividades <input type="checkbox"/>						7. EMERGENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>						8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL <input type="checkbox"/>					
9. AUSENCIA DE CONVENIO <input type="checkbox"/>						10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA <input type="checkbox"/>						11. OTRO: <input type="checkbox"/>						Cuál: <input type="checkbox"/>					
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA						DATOS ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN)						DATOS ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA						DATOS ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA					
Nombre: Dr. Carlos						Profesión: Medicina						Especialidad: Neurología						Firma: [Firma]					
Registro: 1007953249						Fecha: Día 24 Mes 05 Año 2018						Hora Militar: 10:45						Cargo: Neurologo					
Nombre: Dr. Carlos						Profesión: Medicina						Especialidad: Neurología						Firma: [Firma]					
Registro: 1007953249						Fecha: Día 24 Mes 05 Año 2018						Hora Militar: 10:45						Cargo: Neurologo					
MOTIVO DE CANCELACIÓN						MOTIVO DE CANCELACIÓN						MOTIVO DE CANCELACIÓN						MOTIVO DE CANCELACIÓN					
1. FUGA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/>						2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/>						3. DX NO CONCORDANTE <input type="checkbox"/>						4. REMISION NO PERTINENTE <input type="checkbox"/>					
4. SALIDA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/>						5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR <input type="checkbox"/>						6. AUTORIZACION VENCIDA <input type="checkbox"/>						7. AUTORIZACION DE LA REFERENCIA <input type="checkbox"/>					
5. MEJORIA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/>						6. ALTA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/>						8. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/>						9. OTRO <input type="checkbox"/>					
6. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE <input type="checkbox"/>						7. AUTORIZACION DEL SERVICIO <input type="checkbox"/>																	
7. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA <input type="checkbox"/>						8. FIRMAS DE QUIEN CANCELA <input type="checkbox"/>																	
Cuál: OTRO																							



Hospital
Simón Bolívar

REFERENCIA DE PACIENTES

GESTION CIENTIFICA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Código: GCF-FO-220-001

Versión: 0



ALCALÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

CONTENIDO ESTANDARIZADO DEL FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES- ANEXO TECNICO No. 09 INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO

1. Objetivos

Presentar un resumen de la Historia Clínica del paciente, que a juicio del profesional tratante, se debe remitir para atención o complementación diagnóstica que dé respuesta a las necesidades de salud, de manera que el receptor conozca la información Clínica del paciente y se pueda diligenciar la totalidad de los datos en el Aplicativo SIRC de la SDS.

2. Normas Generales

El diligenciamiento completo y legible del formato, es responsabilidad del profesional tratante y se debe diligenciar cuando se toma la decisión de remitir un paciente a otro prestador de servicios de Salud. Así mismo, el profesional que decide Cancelar la Referencia, debe diligenciar las casillas correspondientes a la cancelación, determinando el motivo de cancelación y firmar el formato.

En caso de que las condiciones de salud del paciente varíen entre la solicitud y la aceptación de la referencia, el formato debe diligenciarse nuevamente. Cancelar en el aplicativo SIRC la Referencia anterior, por el motivo de Modificación de la Referencia y registrarla nuevamente; en las observaciones se debe hacer referencia al Número de Planilla de la referencia anterior y aclarar el cambio de estado de salud y los nuevos servicios solicitados.

El Formato de Referencia hace parte integral de la Historia Clínica del paciente, por lo cual se debe guardar una copia en la Historia Clínica.

Por cada servicio solicitado, se debe diligenciar un formato de Referencia diferente.

En el Formato no se deben escribir abreviaturas, siglas ni símbolos; se deben llenar todos los espacios y escribir la totalidad de las palabras de una manera clara y legible.

Es responsabilidad del personal de referencia del prestador:

Verificar que la información consignada en el formato esté completa y legible; de lo contrario debe solicitar al profesional que emite la Referencia o a su superior, la corrección y/o ajustes de los datos consignados.

Diligenciar las casillas oscuras del Formato: No de Planilla, Fecha y hora de radicación de la Referencia (generados por el Aplicativo SIRC), Nombre y Código de los puntos de referencia inicial y final. Debe diligenciar la información en el Aplicativo SIRC.

3. Diligenciamiento

NO DE PLANILLA: Es el Número de Planilla que genera el Aplicativo SIRC, luego de digitar la información de la Referencia y guardarla.

FECHA DE RADICACIÓN DE LA REFERENCIA: Registre la fecha de Radicación de la Referencia registrada en el Aplicativo SIRC, en el formato Día, Mes, Año en las casillas correspondientes.

HORA DE RADICACIÓN DE LA REFERENCIA: Registre la Hora de Radicación de la Referencia generada en el Aplicativo SIRC, en el formato de Hora Militar: (00:00 a 23:59)

TIPO DE USUARIO: Diligencie con "X" la ubicación actual del paciente, Ambulatorio, En Urgencias u Hospitalización.

TIPO DE REMISIÓN: Diligencie con "X" el tipo de remisión requerida: Electiva (Pacientes ambulatorios), Electiva Prioritaria (para solicitud de Ayudas Diagnósticas o Interconsultas de Pacientes Hospitalizados), Urgencias (Si requiere atención Urgente y de ésta depende la vida del paciente), Hospitalización (Si requiere atención Integral Intrahospitalaria)

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO: Diligencie los nombres y apellidos del usuario; en caso de que no tenga segundo apellido o segundo nombre, diligencie "NO TIENE", no deje espacios en blanco.

FECHA DE NACIMIENTO: Registre la fecha de nacimiento del usuario, en las casillas correspondientes: Día, Mes, Año, de acuerdo al documento de identificación o base de datos de comprobación de derechos verificado

EDAD: Registre en números, la edad del paciente sobre la Unidad de medida correspondiente: Años, Meses (hasta 11 meses), Días (hasta 29 días), Horas (hasta 23 horas).

SEXO: Registre con "X" el sexo del usuario: Hombre, Mujer o Intersexual

TIPO DE DOCUMENTO: Diligencie el tipo de Documento Correspondiente: Cédula de Ciudadanía, Cédula de Extranjería, Pasaporte, Tarjeta de Identidad, Registro Civil, Nacimiento, Menor sin identificación, Adulto sin identificación. Favor verificar con facturación y Admisiones el número asignado al paciente y diligenciarlo igual en el Formato de Referencia y en el Aplicativo SIRC para evitar duplicidades en la Historia Clínica.

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN: Diligencie el Número de Documento correspondiente del usuario a remitir tal como aparece en la base de datos de comprobación de derechos verificado.

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Diligencie la dirección completa de la Residencia habitual del usuario a remitir, suministrado por el paciente o su acudiente

TELÉFONO: Diligencie el teléfono de contacto del usuario a remitir, suministrado por el paciente o su acudiente.

LOCALIDAD: Diligencie la Localidad de Residencia del usuario a remitir, suministrado por el paciente o su acudiente.

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Diligencie únicamente en pacientes a remitir en las siguientes condiciones: Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente.

NOMBRE Y APELLIDO: Diligencie los nombres y apellidos de la persona Responsable del paciente.

DIRECCIÓN RESIDENCIA: Diligencie la dirección completa de la Residencia habitual de la persona Responsable del paciente.

TELÉFONO: Diligencie el teléfono de contacto de la persona Responsable del paciente.

AFILIACIÓN SGSSS

Señale con "X" la opción correcta entre subsidiado, contributivo, clasificación socioeconómica, particular, población especial. Si es diferente a las nombradas, especifique en el espacio "otro" la afiliación correspondiente.

Diligencie el Nivel y la Ficha SISBEN del usuario a Remitir, en caso de que los tenga.

ENTIDAD ADMINISTRADORA: Diligencie la EAPB a la que pertenece el usuario de acuerdo a la base de datos de comprobación de derechos verificada.

SOLICITUD DE REFERENCIA

FECHA DE LA REFERENCIA: Registre la fecha de solicitud de la Referencia, en el formato Día, Mes, Año en las casillas correspondientes.

HORA DE LA REFERENCIA: Registre la Hora de Solicitud de la Referencia en el formato de Hora Militar: (00:00 a 23:59)

EDAD GESTACIONAL (Sem): Si la usuaria se encuentra embarazada, diligencie la edad gestacional en semanas. Si la edad Gestacional es desconocida, diligencie "NO DETERMINADA".

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO: Diligencie en forma completa el nombre del procedimiento requerido por el paciente. Si es más de un Procedimiento, favor diligenciar un formato diferente. Excepto en casos donde el Código CUPS específico no existe y se deben diligenciar varios códigos. Ej: CPRE, Angiotac.

CÓDIGO DEL SERVICIO SOLICITADO CUPS: Registre el Código CUPS correspondiente al procedimiento solicitado.

NOMBRE PUNTO ATENCIÓN INICIAL: Diligencie el Nombre del Prestador de Origen de la Referencia

CÓDIGO PUNTO ATENCIÓN INICIAL: Diligencie el Código del Prestador de Origen de la Referencia

NOMBRE PUNTO ATENCIÓN DESTINO FINAL: Diligencie el Nombre del Prestador o EAPB al que se direcciona la Referencia

CÓDIGO PUNTO ATENCIÓN DESTINO FINAL: Diligencie el Código del Prestador o EAPB al que se direcciona la Referencia

NIVEL DE ATENCIÓN REQUERIDO: Diligencie con "X" el Nivel de atención requerido por el Usuario, de acuerdo al servicio requeriendo: El diligenciamiento de este ítem es responsabilidad exclusiva del Profesional que realiza la Referencia.

ANAMNESIS: Diligencie brevemente lo referido por el paciente y un resumen del motivo médico por el cual se remite el usuario.

SIGNOS VITALES: Diligencie los datos requeridos. Solamente son opcionales el Glasgow y la Saturación de O₂, de acuerdo a las condiciones del usuario.

EXAMEN FÍSICO: Diligencie los datos del examen físico relevantes para la Referencia del usuario.

RESULTADO EXAMENES DIAGNÓSTICOS: Relación los resultados e interpretación de los exámenes Diagnósticos pertinentes para la Referencia.

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO: Registre en letras y sin abreviaturas el nombre del Diagnóstico Principal por el cual se origina la Referencia.

CÓDIGO CIE 10: Registre el código CIE 10 del Diagnóstico Principal por el cual se origina la Referencia. Asegúrese de que el Diagnóstico descrito en el nombre del diagnóstico, corresponda al código CIE 10 diligenciado. Esta Responsabilidad es exclusiva del Profesional que genera la Referencia.

TRATAMIENTOS Y COMPLICACIONES: Registre los tratamientos instaurados al paciente y relacione las complicaciones que el usuario ha presentado desde el ingreso a la institución.

MOTIVO DE REFERENCIA: Seleccione con "X" el motivo por el cual es remitido el paciente. Si no se encuentra dentro de la lista, seleccione "Otro" y en "Cuál" especifique en letras el motivo de Referencia.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA: Diligencie en forma clara el Nombre, Profesión, Especialidad, Registro y la firma. Si usa sello favor colocarlo a un lado de la firma.

DATOS ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA: Para Referencias de Urgencias u Hospitalización:

FECHA DE ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA: Registre la fecha de aceptación de la Referencia, en el formato Día, Mes, Año en las casillas correspondientes.

HORA DE ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA: Registre la Hora de aceptación de la Referencia en el formato de Hora Militar: (00:00 a 23:59)

Diligencie el Nombre, la especialidad y el Cargo del profesional que acepta el paciente, el nombre del Punto de Destino de la Referencia, y el nombre del Funcionario de contacto del Prestador que acepta el paciente.

CANCELACIÓN DE LA REFERENCIA

FECHA DE CANCELACIÓN DE LA REFERENCIA: Registre la fecha de cancelación de la Referencia, en el formato Día, Mes, Año en las casillas correspondientes.

HORA DE CANCELACIÓN DE LA REFERENCIA: Registre la Hora de cancelación de la Referencia en el formato de Hora Militar: (00:00 a 23:59)

Registre el Nombre, Especialidad y Cargo del profesional que cancela la Referencia. En la parte inferior derecha del Formato, debe firmar el profesional que cancela la Referencia.

MOTIVO DE CANCELACIÓN: Seleccione con "X" el motivo por el cual es cancelada la referencia. Si no se encuentra dentro de la lista, seleccione "Otro" y en "Cuál" especifique en letras el motivo de Cancelación.



Hospital
Simón Bolívar

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Código: GCF-FO- 027

GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4



ALCALÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

FECHA								IDENTIFICACION							
24 / Mayo / 2018								C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUIP MS AS D N° 1007953249							
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRES							
Gonzalez				Beltran				Brizna Daniela							
EDAD			SEXO		FECHA DE INGRESO			TIPO DE USUARIO			MEDICO TRATANTE				
AÑOS	MESES	DÍAS	F	M	DIA	MES	AÑO	Contributivo <input type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/>	Dra. Liliana Brizna					
14			X		23	05	18	Subsidiado <input type="checkbox"/>	Vinculado <input type="checkbox"/>	NOMBRE Y REGISTRO MEDICO					

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente quien presenta antecedente de deficit cognitivo y alteraciones comportamentales con exacerbación sintomática, reactiva a situaciones de cambio y pérdida, limitaciones en procesos de pensamiento.

ANTECEDENTES

Deficit cognitivo moderado, trastorno del comportamiento, en manejo farmacológico con Risperidona 4mg/día, Carbonato de litio 600mg/día

DE LA EVOLUCION

Paciente en regular presentación con dificultad en aceptación de entrevista, somnolienta, alertable, afecto embotado, pensamiento lógico, pobreza en el discurso, juicio debilitado.

DIAGNOSTICO

Deficit cognitivo moderado con alteración del comportamiento
Otros trastornos de ansiedad

TRATAMIENTOS SUGERIDOS

Hospitalización en Unidad de Salud Mental de Niños y Adolescentes

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio



Hospital
Simón Bolívar

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Código: GCF-FO- 027

GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

FECHA								IDENTIFICACION							
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRES							
EDAD				SEXO		FECHA DE INGRESO		TIPO DE USUARIO				MEDICO TRATANTE			
AÑOS	MESES	DÍAS		F	M	DÍA	MES	AÑO	Contributivo		Particular				
									Subsidiado		Vinculado		NOMBRE Y REGISTRO MÉDICO		

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

ENFERMEDAD ACTUAL

ANTECEDENTES

DE LA EVOLUCION



DIAGNOSTICO

TRATAMIENTOS SUGERIDOS

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denunciado

NOTA: EL CORRECTO ORLIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVA VIGENTE SEGUN LA LEY COLOMBIANA.

 Hospital Simón Bolívar	ORDEN DE SOLICITUD DE SERVICIOS	Código: GCF-FO-003	 Hospital Simón Bolívar Nivel S.S.E.
	GESTIÓN CIENTÍFICA	Versión: 5	

IDENTIFICACIÓN: **CM (PACIENTES)**
 Nº 10079524 FECHA 24 DE 05 DE 18
Jonzelos Beltran Bonza 14
 1er APELLIDO 2do APELLIDO NOMBRES EDAD

psiquiatria infantil 30 ☐ ☐ ☐ ☐
 SERVICIO CAMA Urgente 1 AMB 2 URG 3 HOSP

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Código CIE 10, no usar siglas)
F711

CONDICIÓN DE USUARIO:
 Embarazada 1er Trimestre 1 ☐ 2do Trimestre 2 ☐ 3er Trimestre 3 ☐ No Embarazada 4 ☐

SERVICIO SOLICITADO
5/d Hospitalización Unidad
de salud mental niños y
adolescentes

Dr. Liliana Revuelto
Psiquiatra del Niño
y Adolescente
R.M. 57.417.049

NOMBRE CODIGO FIRMA

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN
 CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA.
 L.E. Oficina de Atención - L.E. Unidad de Salud - L.E. Psicología - L.E. Oficina de Radiología - L.E. Registro Civil
 L.E. Oficina de Atención - L.E. Unidad de Salud - L.E. Psicología - L.E. Oficina de Radiología - L.E. Registro Civil

