Fecha Actual: viernes, 16 noviembre 2018



## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E. 900959051

## SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIEN  Responsable: SOLO SOLO  Dirección Resp: SOLO  AFILIACION SGSSS  Tipo Paciente: Contributivo  Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO POR QUE	RO MORA D:00 a.m. E 1B SUR 32B Egistro Civil ITE (Menor de	Edad Actu B le edad, Usi I T AS - SOAT	MSI Menor s suarios con alt  Nivel SocioE Tipo de Pob T - 18%  SOLIC  SOLIC	1. Elec FICACION Ide: ños\1 Meses\ in Edintificación eracion de estad	DEL P. ntificació 26 Días Teléfon o de conci	in: 13386939  AREA DE SERVIC  io: 3123777087  TI Tarjeta de Identida iencia, usuarios con retar  Teléfono Resp: 0  SISBEN  ena S.Iva Social M. Me	13386939 CIO 5OLU02 IN Localidad  AS do mental, Adulto m SOLO  Nivel SocioEconó	Sexo: NGRESO  I LO I adulto sin Io nayor , Gestar	3650361 DC. CANDELARIA dentificar Intes, Atencion Urg	
Nombre Paciente: WILLIAM CASTIFICA Nacimiento: 20/09/1964 12:00 Dirección: CARRERA I CC Cedula de Ciudadania RC R PERSONA RESPONSABLE DEL PACIEN Responsable: SOLO SOLO Dirección Resp: SOLO AFILIACION SGSSS Tipo Paciente: Contributivo Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO POR QUE HIGO EPISDI CONVIVE CON NICE ANTIECTO NICE ANT	RO MORA D:00 a.m. E 1B SUR 32B Egistro Civil ITE (Menor de	Edad Actu  B  Ce edad, Usi  P  SS - SOAT	MSI Menor s suarios con alt  Nivel SocioE Tipo de Pob T - 18%  SOLIC  SOLIC	FICACION  Ide: fios \ 1 Meses \ in Edintificación eracion de estad  Cconómico: lación Especia	DEL P. ntificació 26 Días Teléfon o de conci	in:   13386939   AREA DE SERVICIO:   3123777087   TI Tarjeta de Identida iencia, usuarios con retar   Teléfono Resp:   0   SISBEN   ena S.Iva Social M. Me	13386939   CIO   SOLU02   IV   Localidae   AS   do mental, Adulto m   SOLO   Nivel SocioEconó   CODIGO   CODI	Sexo: NGRESO d LC I adulto sin Id nayor , Gestar omico:	Masculino 3650361 DC. CANDELARIA dentificar ntes, Atencion Urg	
Fecha Nacimiento: 20/09/1964 12:00  Dirección: CARRERA 1  CC Cedula de Ciudadania RC R  PERSONA RESPONSABLE DEL PACIEN  Responsable: SOLO SOLO  Dirección Resp: SOLO  AFILIACION SGSSS  Fipo Paciente: Contributivo  Ficha SISBEN: RC079 - E.P  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO NEIG EPISDI CONVIVE CONIEGA ANTI  Examen Físico: PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	2:S. SANITA	Edad Actu  B  Ic edad, Usi  T  AS - SOAT	MSI Menor s suarios con alt  Nivel SocioE Tipo de Pob  T - 18%  SOLIC  CADO	in Edintificación eracion de estad  Cconómico: lación Especia	ntificació 26 Días Teléfon o de conci	AREA DE SERVIC  13123777087  TI Tarjeta de Identida  iencia, usuarios con retar  Teléfono Resp:  0 SISBEN  ena S.Iva Social M. Me	Localidad AS do mental, Adulto m SOLO  Nivel SocioEconó enor en Proteccion o	NGRESO  I LO I adulto sin Io nayor , Gestar  omico:  G. Indigente	3650361 DC. CANDELARIA dentificar Intes, Atencion Urg	
Fecha Nacimiento : 20/09/1964 12:00  Dirección: CARRERA 1  CC Cedula de Ciudadania RC R  PERSONA RESPONSABLE DEL PACIEN  Responsable: SOLO SOLO  Dirección Resp: SOLO  AFILIACION SGSSS  Fipo Paciente: Contributivo  Ficha SISBEN: RC079 - E.P  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO NEIG EPISDI CONVIVE CONIEGA ANTI  Examen Físico: PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	2:S. SANITA	le edad, Usi	MSI Menor s suarios con alt  Nivel SocioE Tipo de Pob  SOLIC  CADO  NOMBI	nos \ 1 Meses \ in Edintificación eracion de estado	26 Días Teléfondo de conci	AREA DE SERVIC  10: 3123777087  TI Tarjeta de Identida  iencia, usuarios con retar  Teléfono Resp: 1: 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1. 1.	Localidad AS do mental, Adulto m SOLO  Nivel SocioEconó enor en Proteccion o	NGRESO  I LO I adulto sin Io nayor , Gestar  omico:  G. Indigente	3650361 DC. CANDELARIA dentificar Intes, Atencion Urg	
CARRERA 1 C Cedula de Ciudadania RC R CERSONA RESPONSABLE DEL PACIEN Responsable: SOLO SOLO Dirección Resp: SOLO AFILIACION SGSSS Fipo Paciente: Contributivo Ficha SISBEN: Entidad Administradora RC079 - E.P NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIG REFIE DE 1: HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CO NIEGA ANTI Examen Físico: PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	Egistro Civil  TE (Menor do	le edad, Usi	MSI Menor s suarios con alt  Nivel SocioE Tipo de Pob  SOLIC  CADO  NOMBI	in Edintificación eracion de estad  conómico: lación Especia	l: I. indige	TI Tarjeta de Identida iencia, usuarios con retar Teléfono Resp:  0 SISBEN ena S.Iva Social M. Me	Localidad  AS  do mental, Adulto m  SOLO  Nivel SocioEconó  enor en Proteccion o  CODIGO	I adulto sin Idaayor, Gestar	OC. CANDELARIA dentificar ntes, Atencion Urg  0	
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIEN Responsable: SOLO SOLO AFILIACION SGSSS Fipo Paciente: Contributivo Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis  PREFIE DE 1: HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CO NIEGA ANTI Examen Físico: PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	Egistro Civil ITE (Menor do	le edad, Usi	Nivel SocioE Tipo de Pob Γ - 18% SOLIC	eracion de estad Económico: lación Especia	l: I. indige	TI Tarjeta de Identida iencia, usuarios con retar Teléfono Resp:  0 SISBEN ena S.Iva Social M. Me RENCIA	AS do mental, Adulto m SOLO  Nivel SocioEconó enor en Proteccion o CODIGO	I adulto sin Idayor , Gestar	dentificar  ntes, Atencion Urg  0  D Desplazado C	
Responsable: SOLO SOLO  AFILIACION SGSS  Tipo Paciente: Contributivo  Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIG EPISDI CONVIVE CO NIEGA ANTI  Examen Físico: PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	CITADO	PECIFIC	Nivel SocioE Tipo de Pob Γ - 18% SOLIC	eracion de estad Económico: lación Especia	l: I. indige	Teléfono Resp:  0 SISBEN ena S.Iva Social M. Me	Nivel SocioEconó	omico:  G. Indigente	0 Desplazado C	
Responsable: SOLO SOLO Dirección Resp: SOLO AFILIACION SGSS Fipo Paciente: Contributivo Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO TRASTORNO DE ANSIEDAD NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO POR QUE HIGO ESICOTICOS ALEGA ANTI EXAMENTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CONIEGA ANTI EXAMENTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CONIEGA ANTI EXAMENTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	.s. sanita	S - SOAT	Nivel SocioE Tipo de Pob Γ - 18% SOLIC CADO	Cconómico: lación Especia CITUD DE 1	l: I. indige	0 SISBEN ena S.Iva Social M. Me	Nivel SocioEconó	omico:	0  D Desplazado C	
Dirección Resp:  SOLO  AFILIACION SGSSS  Fipo Paciente:  Contributivo  Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis  "NECESITO O POR QUE HIGO POR QUE HIGO EN	, NO ESP	PECIFIC	Tipo de Pob T - 18% SOLIC SADO	lación Especia	I. indige	0 SISBEN ena S.Iva Social M. Me	Nivel SocioEconó	G. Indigente	D Desplazado C	).Otro
AFILIACION SGSS  Fipo Paciente: Contributivo  Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  EXAMENESIS "NECESITO O POR QUE HIGO ESPICOTICOS ALEGA ANTI EXAMENES PACIENT E O PSICOTICOS ALEGATA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	, NO ESP	PECIFIC	Tipo de Pob T - 18% SOLIC SADO	lación Especia	I. indige	ena S.Iva Social M. Me	cnor en Proteccion (	G. Indigente	D Desplazado C	).Otro
AFILIACION SGSS  Fipo Paciente: Contributivo  Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIO NEIG EPISDICONVIVE CONIEGA ANTI EXamen Físico: PACIENT E O PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	, NO ESP	PECIFIC	Tipo de Pob T - 18% SOLIC SADO	lación Especia	I. indige	ena S.Iva Social M. Me	cnor en Proteccion (	G. Indigente	D Desplazado C	).Otro
Ficha SISBEN:  Entidad Administradora  RC079 - E.P.  RC079 - E.P.  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  REFIE DE 1: HASTA EN Q NCIG PISCO CON IEGA ANTI  Examen Físico:  PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	, NO ESP	PECIFIC	Tipo de Pob T - 18% SOLIC SADO	lación Especia	I. indige	ena S.Iva Social M. Me	cnor en Proteccion (	G. Indigente	D Desplazado C	).Otro
Entidad Administradora  RC079 - E.P.  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  REFIE DE 19 HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CONIEGA ANTI  Examen Físico:  PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	, NO ESP	PECIFIC	SOLIC	CITUD DE 1	I. indige	RENCIA	CODIGO		•	).Otro
Entidad Administradora  NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  TRASTORNO DE ANSIEDAD  NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLI  PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO EN POR QUE HIGO EN POR QUE HIGO EN POR QUE HIGO EN PACIENT E CONVIVE CONIEGA ANTI  Examen Físico: PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	, NO ESP	PECIFIC	SOLIC	CITUD DE 1	I. indige	RENCIA	CODIGO		•	).Otro
PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis  "NECESITO O POR QUE HIGO ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  "NECESITO O POR QUE HIGO ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  EXAMENESIS  "NECESITO O POR QUE HIGO ESPECIALIZADA ANTI EXAMENES PACIENTE O PACIENTE O PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	CITADO		CADO Nombi		1			DIAGNOST	псо	
PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO POR QUE HIGO POR QUE HIGO POR QUE HIGO POR QUE POR QUE HIGO POR QUE	CITADO		CADO Nombi		1			DIAGNOST	ГІСО	
PSICUIATRIA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIGO POR QUE HIGO POR QUE HIGO POR QUE HIGO POR QUE POR QUE HIGO POR QUE	CITADO		NOMBI	RE DEL PUNTO E		IDENTIFICACION DE IN		DIAGNUSI	iico	
PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIO HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CONIEGA ANTI  Examen Físico: PACIENT E O PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	CITADO		NOMBI	RE DEL PUNTO D		IDENTIFICACION DE IN	[F419			
PSIQUIATRÍA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  REFIE DE 1: HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CO NIEGA ANTI  Examen Físico: PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD		140-21		RE DEL PUNTO E						
ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIO HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CONIEGA ANTI  Examen Físico: PACIENT E O PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	391	140-21			E ATENCIO		NSTITUCIONES OMBRE DEL PUNTO	O DE ATENO	CION DESTINO I	TNA
ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA  NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:  Anamnesis "NECESITO O POR QUE HIO HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CO NIEGA ANTI  Examen Físico: PACIENT E O PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	391	140-21						O DE ME	eron besting.	11111
Anamnesis  "NECESITO O POR QUE HIG  REFIE DE 1: HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CO NIEGA ANTI Examen Físico: PACIENT E O PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD			51	OL - CAPS OLAYA		2   F   B   0   2				
POR QUE HIGH	I NI	IVEL: □		II NIVEL:		III NIVEL:				
POR QUE HIGH			RESU	MEN HIST	ORIA (	CLÍNICA				
HASTA EN Q NEIG EPISDI CONVIVE CO NIEGA ANTI Examen Físico: PACIENT E C PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	QUE ME AYU CE UN MAL N			EN UNA CRISI	S DE ANS	SIEDAD Y ME SIENTO M	MAL HE PENSADO I	HASTA EN Q	UITARME LA VI	DA
PSICOTICOS ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD	UITARME LA IOS SIMILARI	A VIDA, NI LES ANTER 4 HIJOS, T	IIEGA TENRA RIROES. ΓODOS MAYO		FORAM I	STESIAS FACIALES, DI IDEDA. REALCIONA ES				
ALERTA, OR MUCOSA OR SIN AGREGA EXTEMIDAD		R DE ANSI	IEDA AGUDA	, LENGUAJE	COHEREN	NTE, PENSAMIENTO DE	CURSO Y CONTE	NIDO EDECU	UADOS , SIN SIG	IOS
Signes Vitales TA: 141/8	IENTADA, , S .AL HUMEDA .DOS. ABDON	A, OROFAF MEN BLAN	RINGE SIN S NDO DEPRES	IGNOS, RUII	OOS CARI OROSO NO	S NORMORREACTIVAS DIACOS RITMICOS SIN O MASAS NO MEGALIA ILAR < 2 SEG	SOPLOS, MURMU	LLO VESICU	JLAR CONSERVA	
Signos vitales 1A. 141/6	5   F0	FC: 100 x M	Min	FR: 20 x Min		GlasGow: 15	TC:	0,0000	Peso: 63,000	0
Resultados Exámenes Diagnósticos:	HIPONAT. CH: Hb: 1' PLAQEUT P.O: PH 6 ORINA NE BACTERIA	ENO UREIO FEMIA, 17.2, Heto FAS. 22300 6.5 DENS EGATIVO IAS ESCA 68 L/min	49.1 LEUCO 100: DENTRO SIDAD 1008 F CUERPOS C ASAS: DENT RTMICO CO	CITOS 7350 L DE LA NORMA PROTEINAS EN ETONICOS NE RO DE LA NOI N PR: 104 msg	INFOCITO ALIDAD ORINA NI GATIVO RMALIDA P DE 84 1	O, 0.6 mg/dL SODIO 13: OS% 33.9 MONOCITOS IEGATIVO HEMOGLOB SEDIMENTO: LEUCOC. LD msg, POLIOMORFA QUE CIONES DEL ST T.	8% 7.3 NEUTROFII INA NEGATIVO N ITOS NO REPORTA	LOS% 57.5 E ITRITOS NEC IN EITROCIT	OSINOFILOS% 0. GATIVO GLUCC FOS 0.1 /CAP	7
Ginecobstétricos: G: 0   P: 0			C: 0	TOTAL DO DI	- 12 1 DIG IV			CF: 0	Alt Ute	rina:
Actividad U			Uterina Reg	gula 🗌 Am	inorrea	Ruptura Me	'		O DE CURSO Y	

SECUNDARIOS. Y EN A SOCIAN CON ANIMO DEPRESIVO E IDEACION SUICIDA NO ELAVAORADA. CON PARACLNIOS RPEORTAD QUES PUEDEN CONSIDERA DENTRO DE LA NORMALIDA. COM HALAZGO INISDENTAL E EKG DE POBLE RITMO SUPRAVENTRICUALR ECTOPICO.SIN REPEORCUSION HEMODINAMICA, SE CONSIDERA REQUIERE VALORACION Y MANEJO POR PEIQUIATRIA SE EPLICA DICE ENTENDRE Y ACEPTA

MOTIVO REFERENCIA									
1. Servicio no ofertado 3. Falta de Insumos	5. Falta de Camas	7.Emergencia Sanitaria	9. Ausencia de Convenio						
2. Ausencia de Profesional 4. Falta de Equipos	6. Cese de Actividades	8. Requiere manejo otro nivel	10. Devolucion Injustificada						
11. Otro: Falta_Cama_IPS_Remit	e								
DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)									
FECHA DIA MESAÑO Hora Militar:	Funcionario de Contacto	Cargo:	Punto de destino final:						
Ms.L									
Firma:									
Datos del Pofesional que Realiza la Referencia									
Medico SOTO AGUDELO JOSE WANERGES									
Registro 19332984									