

ANEXO TÉCNICA No 9  
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

FECHA 22/10/2018 HORA 08:40

INFORMACION DEL PRESTADOR (Solicitante)

Nombre **CLINICA COLSANITAS** NIT **X** **800149384-6**  
 Dirección del Prestador: **CALLE 23 No 66 - 46** CC **11001** Número  
 Código **110010918630**  
 Teléfono **110010918630**  
 Indicativo **11** Indicativo **00** número **18630** Departamento: **Cundinamarca** Municipio: **Bogota**

DATOS DEL PACIENTE

**Banegas** **Domero** **Arvid** **Flora**  
 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre  
 Tipo Documento de Identificación **222276216**  
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte  
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación  
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin identificación  
☐ Cédula de Extranjería  
 Fecha de Nacimiento **26/08/1978**  
 Dirección de Residencia Habitual: **Cll 49 # 15-59** Teléfono **3059088562**  
 Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **BOGOTA**

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

**Baerz** **Banegas** **Flora** **Vanessa**  
 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre  
 Tipo Documento de Identificación **101184915538**  
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte  
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin identificación  
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin identificación  
☐ Cédula de Extranjería  
 Dirección de Residencia Habitual: **Cll 49 # 15-59** Teléfono **3059088562**  
 Departamento **CUNDINAMARCA** Municipio **BOGOTA**

PROFESIONAL QUE SOLICITA A LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRE **Vanessa Vanegas Baerz** Teléfono **59486500**  
 Servicio que solicita la referencia **Urgencias** INDICATIVO **594** NUMERO **86500** EXTENSION  
 Servicio para el cual se solicita la referencia **Presupuesto** Teléfono Celular

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

Paciente con antecedente de exposición sexual por vía oral por hijo. Refiere desde hace un mes se fue de la casa, al regreso dice que ha estado amenazando por lo que tuvo que irse de la casa y fue abusado por varios hombres, refiere le dieron un diagnóstico por lo que tiene dolor abdominal.

*Karen Juliana Méndez*  
 C.C. 33.075.024  
 Médico Cirujano  
 Universidad del Rosario

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE