



FORMATO
SOLICITUD DE REMISIÓN

CÓDIGO:
RYC-06-16
VERSIÓN:
0

Nombres y apellidos

Nombre: RAUL EDUARDO BARBOSA CRUZ

Fecha: 28/06/18

No. Solicitud:

No. Documento de

Identificación: 1020731833

06/ABR/1988

Atención: 68963-7

Hora: 15 + 05.

Género: M.

Servicio: hospitalización.

Fecha de nacimiento:

Cama: 401A.

Edad: 30.

Asegurador:

Sanitas EPS.

Tipo de afiliación:

Subsidiado

☐

Contributivo

☒

Particular

☐

ARL

☐

ARS

☐

Fondo financiero

☐

Nombre y código de diagnóstico:

Envenenamiento por
antidepresivos tricíclicos. T430.

Motivo de referencia:

No convenio

☒

Ausencia del profesional

☐

No disponibilidad de camas

☐

Servicio no ofertado

☐

Otro

☐

Cuál?

Especialidad requerida:

Psiquiatría.

Tipo de ambulancia requerida para el traslado:

básica.

Nombre médico que ordena:

Diego Veloz R

Firma y código:

Dr. Pachón
Clínica General
Universidad El Rosario
cc. 1.032 453 443

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre del acudiente:

Yelipsa Barbosa.

Dirección residencia:

Cll 161 c # 59-51.

Teléfono fijo:

6013718.

Teléfono celular:

OBSERVACIONES