



ESE TIMOTEO RIVEROS CUBILLOS
900,147,959

PAG. 1

Imprime: JOBC 2018/10/15 19:25

FOLIO 01000012

RESOLUCION NUMERO 00004331 19 DIC DE 2012

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/10/15 Hora: 19:22

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: ESE TIMOTEO RIVEROS CUBILLOS

NTT ☒ 0900147959

Código: 75845090014795901

Dirección prestador: CARRERA 4 No. 1 - 39

Teléfono: 091 8488400

Departamento: UNE

Municipio: UNE

DATOS DEL PACIENTE

CARRILLO FORERO VANESSA ALEXANDRA

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☒ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☐ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de extranjería

1.003.967.654

Número documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual: CRA 4 N 3-15 SUR

Fecha de Nacimiento: 2001/12/20 Edad: 17 años

Teléfono: 3212916385

Departamento: UNE

Municipio: UNE

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: EPS FAMISANAR SAS

CODIGO:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE, ACOMPAÑANTE

SIMBAQUEVA MORENO JOSE DANIEL

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de extranjería

3.225.325

Número documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual: ZONA URBANA

Teléfono: 3134689452

Departamento: UNE

Municipio: UNE

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: BORDA CASTRO JAHIR ORLEY

Teléfono: 8488400

Servicio que solicita la referencia: URGENCIAS

Servicio para el cual se solicita la referencia: PSIQUIATRIA

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, TRAIDA AL CENTRO DE SALUD POR COMPAÑERO SENTIMENTAL (NOVIO) POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO CONSISTENTE EN AUTOAGRESION CAUSADA CON OBJETO CORTOPUNZANTE, SE INGRESA PARA VALORACION MEDICA Y SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA UNIDAD DE CUIDADO MENTAL A LA ESPERA DE LLEGADA DE PADRES QUIENES NO SE ENCUENTRAN EN EL MUNICIPIO.
PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, TRAIDA POR COMPAÑERO SENTIMENTAL POR PRESENTAR INTENTO DE SUICIDIO, PACIENTE QUIEN PRESENTA AUTOAGRESION CON OBJETO CORTOPUNZANTE SEGUN REFIERE CUCHILLA, EN EL MOMENTO ESTABLE, SIN SIRS, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIGNOS VITALES NORMALES, CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO Y TRAMITE DE REMISION A UNIDAD DE CUIDADO MENTAL, SE EXPLICA A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE CONDUCTA A SEGUIR, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAN.
PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADO, EVOLUCION LENTA HACIA LA MEJORIA, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR SIGNOS VITALES NORMALES, CON REPORTE DE PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES, SE INICIA TRAMITE DE REMISION A UNIDAD DE CUIDADO MENTAL, SE DILIGENCIA FORMATO DE FICHA DE NOTIFICACION Y SE INFORMA A COMISARIA DE FAMILIA EL CASO, QUIEN REFIERE QUE VA A ENVIAR A PSICOLOGA PARA INTERCONSULTA, SE EXPLICA A LOS PADRES CONDUCTA A SEGUIR, REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAN.

ATENDIDO POR: BORDA CASTRO JAHIR ORLEY Reg.

CII 10: X/80

RESOLUCION NUMERO 001438 DE 2012

Continuación de la Resolución "por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la resolución 3047 de 2008, modificada por la resolución 416 de 2009

HOJA N° 1

ANEXO TECNICO No. 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCION SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

INFORMACION DEL PRESTADOR

Fecha 15 OCTUBRE 2013 Hora 19:30

Nombre ESE TIMOYO RIVEROS CUBILLOS Nit 21060095
Código Dirección Prestador CC 21060095
Teléfono Indicativo Número Departamento CUNDINAMARCA Municipio UNE

DATOS DEL PACIENTE

VANESSA ALEXANDRA CARRILLO FORERO 1,003,967,654

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil☒ Tarjeta de identidad☐ Cedula de ciudadanía☐ Cedula de Extranjería☐ Pasaporte☐ Adulto sin identificación☐ Menor sin identificación

Número Documento de Identificación 1003967654

Dirección de residencia Habitual: UNE CENTRO

Fecha de nacimiento 20/12/2001

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: UNE Teléfono 313468945

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO FAMISANAR

CODIGO:

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

EMILIO CARRILLO

PADRE

Tipo de documento de Identificación

☐ Registro Civil☐ Tarjeta de identidad☒ Cedula de ciudadanía☐ Cedula de Extranjería☐ Pasaporte☐ Adulto sin identificación☐ Menor sin identificación

Número Documento de Identificación 3226325

Dirección de residencia Habitual: UNE CENTRO

Departamento: CUNDINAMARCA

Municipio: UNE Teléfono 315207227

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: JAHIR BORDA CASTRO

Teléfono 3212001802

Servicio que solicita la referencia URGENCIAS

Indicativo Número Extensión 3164459483

Servicio para el cual solicita la referencia PSIQUIATRIA

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, TRAJIDA AL CENTRO DE SALUD POR COMPAÑERO SENTIMENTAL (NOVIO) POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN AUTOAGRESION CAUSADA CON OBJETO CORTOPUNZANTE, SE INGRESA PARA VALORACION MEDICA Y SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA UNIDAD DE CUIDADO MENTAL A LA ESPERA DE LLEGADA DE PADRES QUIENES NO SE ENCUENTRAN EN EL MUNICIPIO.

PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, TRAJIDA POR COMPAÑERO SENTIMENTAL POR PRESENTAR INTENTO DE SUICIDIO, PACIENTE QUIEN PRESENTA AUTOAGRESION CON OBJETO CORTOPUNZANTE SEGUN REFIERE CUCHILLA, EN EL MOMENTO ESTABLE, SIN SIRS, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR, SIGNOS VITALES NORMALES, CIFRAS TENSIONALES CONTROLADAS, SE INGRESA PARA MANEJO MEDICO Y TRAMITE DE REMISION A UNIDAD DE CUIDADO MENTAL, SE EXPLICA A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE CONDUCTA A SEGUIR, REFEREN ENTENDER Y ACEPTAN.

PACIENTE CON DIAGNOSTICO ANOTADO, EVOLUCION LENTA HACIA LA MEJORA, REMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIRS, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR SIGNOS VITALES NORMALES, CON REPORTE DE PARACLINICOS DENTRO DE LIMITES NORMALES, SE INICIA TRAMITE DE REMISION A UNIDAD DE CUIDADO MENTAL, SE DILIGENCIA FORMATO DE FICHA DE NOTIFICACION Y SE INSCRIBE A COMISARIA DE FAMILIA EL CASO, QUIEN REFIERE QUE VA A ENVIAR A PSICOLOGA PARA INTERCONSULTA, SE EXPLICA A LOS PADRES CONDUCTA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAN.

IMPRESION CLINICA

<https://aplicaciones.adres.gov.co/bdd-interneta/ConsultaConsulta.aspx?tokenid=gkGy4xAKdsB4dJOEgMaRQ==>

10/07/2018



ESE TIMOTEO RIVEROS CUBILLOS NIT 900,147,959
RESULTADO EXAMENES LABORATORIO

Pag. 1

FECHA: OCTUBRE 15/18 FACTURA: A015923 FECHA LECT. 181015 COMPROBANTE NRO: 2021311
ENTIDAD: OTROS CODIGO: SIN001
PACIENTE: 1.003 967 654 TI CARRILLO FORERO VANESSA ALEXANDRA
OCUPACION: 000 TIPO USUARIO: CONTR. EDAD: A016 SEXO: F CIUDAD: 25845 ZONA: U

902208	HEMOGRAMA [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO DE E		
RTO. LEUCOCITOS	10.5	4.5 - 11.0	x 1000/uL
No. LINFOCITOS	2.6	1.0 - 3.5	x 1000/uL
No. CEL MEDIAS	0.4	0.1 - 2.0	x 1000/uL
No. NEUTROFILOS	7.5	2.0 - 7.0	x 1000/uL
% LINFOCITOS	25.0	15 - 50	%
% CEL MEDIAS	3.4	1 - 14	%
% NEUTROFILOS	71.6	45 - 69	%
HEMOGLOBINA	15.0	H: 13-17 M: 12-16	g/dL
RTO. GLOBULOS ROJOS	5.21	3.5 - 5.0	x 10.6/uL
HEMATOCRITO	45.3	H: 40-55 M: 36-48	%
MCV	87.1	80 - 100	fL
MCH	28.7	27 - 34	pg
MCHC	33.1	32 - 38	g/dL
RDW - CV	13.8	11 - 18	%
RDW - SD	43.7	35 - 55	fL
RTO. PLAQUETAS	253	150 - 450	x 1000/uL
MPV	9.2	6.5 - 12.0	fL
PDW	14.8	9 - 17	%
PCT	0.232	0.108 - 0.282	%
OBSERVACIONES			

Examen Realizado R
por el Laboratorio
del Hospital 2700

Bacteriologo (a)

ELAB ROCI 181015 19:00

903841	GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A OR		
GLICEMIA PRE PRANDIAL:	81.0		mg/dl
VALOR DE REFERENCIA:	70-105		mg/dl
OBSERVACIONES:			

Examen Realizado R
por el Laboratorio
del Hospital 2700

Bacteriologo (a)

ELAB ROCI 181015 19:00

903856	NITROGENO UREICO [BUN *		
RESULTADO:	10.4		mg/dl
VALOR DE REFERENCIA:			mg/dl
NIÑOS: 4.0 - 16.0			mg/dl
ADULTOS: 4.6 - 23			mg/dl

Examen Realizado R
por el Laboratorio
del Hospital 2700



ESE TIMOTEO RIVEROS CUBILLOS NIT 900,147,959
RESULTADO EXAMENES LABORATORIO

Pag. 2

FECHA: OCTUBRE 15/18 FACTURA: A015923 FECHA LECT. 181015 COMPROBANTE NRO: 2021311
ENTIDAD: OTROS CODIGO: SIN001
PACIENTE: 1.003 967 654 TI CARRILLO FORERO VANESSA ALEXANDRA
OCUPACION: 000 TIPO USUARIO: CONTR. EDAD: A016 SEXO: F CIUDAD: 25845 ZONA: U

Bacteriologo (a)

ELAB ROCI 181015 19:01

903895

CREATININA EN SUEROS U OTROS FLUIDOS

CREATININA:

0.69

0-12 años: 0.3-1.0

mg/dl

Hombres: 0.7-1.2

OBSERVACIONES:

Signature
Firma: [Signature]
R. [Signature]
R. [Signature]

Bacteriologo (a)

ELAB ROCI 181015 19:01

904608

GONADOTROPINA CORIO NICA, SUBUNIDAD BETA CUALITATI

RESULTADO:

"NEGATIVO" A LA FECHA

INMUNOENSAYO CROMATOGRAFICO

CON UN PUNTO DE CORTE DE

25 mIU HCG/ml

Signature
Firma: [Signature]
R. [Signature]
R. [Signature]

Bacteriologo (a)

ELAB ROCI 181015 19:01

906915

SEROLOGIA RPR-FTA BS (PRUEBA NO TREPONEMICA) &

SEROLOGIA V.D.R.L.:

"NO REACTIVA"

OBSERVACIONES:

No Reactiva

dlis

Signature
Firma: [Signature]
R. [Signature]
R. [Signature]

Bacteriologo (a)

ELAB ROCI 181015 19:02

907106

UROANALISIS

ASPECTO:

TURBIO

COLOR:

AMARILLO

pH:

5.0

DENSIDAD:

1.030

PROTEINAS:

NEGATIVO

GLUCOSA:

NEGATIVO

CUERPOS CETONICOS:

25

UROBILINOGENO:

NORMAL

BILIRRUBINA:

NEGATIVO

SANGRE:

NEGATIVO

mg/dl

mg/dl

mg/dl

mg/dl

mg/dl

X ut



ESE TIMOTEO RIVEROS CUBILLOS NIT 900,147,959
RESULTADO EXAMENES LABORATORIO

Pag. 3

FECHA: OCTUBRE 15/18 FACTURA: A015923 FECHA LECT: 181015 COMPROBANTE NRO: 2021311
ENTIDAD: OTROS CODIGO: SIN001
PACIENTE: 1.003 967 654 TI CARRILLO FORERO VANESSA ALEXANDRA
OCUPACION: 000 TIPO USUARIO: CONTR. EDAD: A016 SEXO: F CIUDAD: 25845 ZONA: U

NEUTRITOS: NEGATIVO
LEUCOCITOS: NEGATIVO
CÉLULAS EPITELIALES:
LEUCOCITOS:
HEMATIES:
BACTERIAS:
MOZO:
CRISTALES:
CILINDROS:
OBSERVACIONES

X U
X CAMPO
X CAMPO
X CAMPO
X CRUCES
X CRUCES
X CRUCES
X CRUCES

Signature of Roci
Roci 181015 19:03

Bacteriologo (a):
Medico que Ordena: BORDA CASTRO JAHIR ORLEY

ELAB ROCI 181015 19:03



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud
Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	Ti
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1003967654
NOMBRES	VANESSA ALEXANDRA
APELLIDOS	CARRILLO FORERO
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	CUNDINAMARCA
MUNICIPIO	EL PEÑOL

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO	CONTRIBUTIVO	01/04/2002	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de impresión: 10/15/2018 18:25:09 Estación de origen: 181.225.106.172

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la Fecha de Afiliación Efectiva hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la Fecha de Finalización de Afiliación, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en esta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.