HOJA Nº 16

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"

ANEXO TÉCNICO No. 10 FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

A PROPERTY OF STREET AND ADDRESS OF THE RESIDENCE OF THE PARTY OF THE	MINISTERIO DE SALUD Y PI	ROTECCION SOCIAL
	FORMATO ESTANDARIZADO DE COI	NTRARREFERENCIA DE PACIENTES
NEODM ACION DEL DOCCEA D	. SASAG	Fecha: Hora:
NFORMACION DEL PRESTADO	OK QUE RESPONDE	Suns of the extreme to stripping the suns
		++++++++++++++++++++++++++++++++++++++
ódigo	Dirección prestador:	
Teléfono: indicativo	número De partam ento:	Municipio:
	DATOS DEL PA	CIENTE COM AND CARSON MAN COMPANY OF THE
ipo Documento de identific	ación	and georgestical additional in a size, a
Registro Civil	Pasaporte	
Tarjeta de identidad Cédula de ciudadania	Adulto sin identificación	Número documento de identificación
Cédula de extranjeria	Menor sin identificación	eries with anythere apprear in the much of
rección de Residencia Habi	itual:	Fecha de Nacimiento
epartamento:	Mu	Teléfono:
INTIDAD RESPONSABLE DEL F	PAGO	CODIGO:
	DATOS DE LA PERSONA RESPO	NSABLE DEL PACIENTE
+		
ipo Documento de identifica		FORM IN THE MENT OF THE PROPERTY OF THE PROPER
Registro Civil	Pasaporte	to to a series an exposure of our street
Tarjeta de identidad	Adulto sin identificación	Número documento de identificación
Cédula de ciudadania Cédula de extranjeria	Menor sin identificación	AND LOVERS & COTTON CONTROLLED
rección de Residencia Habi	tual;	# 11 (GE @IGSTOP) 19 EPEKDER
epartamento	Mur	Teléfono:
	A CONTRACT OF STREET STREET, S	
	PROFESIONAL QUE CO	NTRARREFIERE
ombre:		
ervicio que contrarrefiere	INFORMACION CLINICA	indicativo número extensión Teléfono celular:
ervicio que contrarrefiere iligencie en el orden indica mitido), Fecha de alta o fina esumen de la evolución.	ido: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, y año en el cu fecha y resultados, de exámenes, de es	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente la se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarrefiere iligencie en el orden indica mitido), Fecha de alta o fina esumen de la evolución.	do: Fecha de inicio de atención (anotar e	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente la se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarrefiere iligencie en el orden indica mitido), Fecha de alta o fina esumen de la evolución.	ido: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, y año en el cu fecha y resultados, de exámenes, de es	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente lal se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atarnientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente la se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i tarnientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente la se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atamientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente lal se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere lligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i tarmientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente lal se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atarnientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente lal se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atarnientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente lal se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atarnientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente lal se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atamientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente lal se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atamientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente lal se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere iligencie en el orden indica mitido). Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atamientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente (al se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere illigencie en el orden indica imitido), Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atamientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente (al se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere illigencie en el orden indica imitido), Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atamientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente (al se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarreflere illigencie en el orden indica imitido), Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atamientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: ARELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente (al se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido).
ervicio que contrarrefiere iligencie en el orden indica imitido), Fecha de alta o fina esumen de la evolución, i atamientos empleados, pro	do: Fecha de inicio de atención (anotar e alización (anotar el día, mes, yaño en el cu fecha y resultados de exámenes de ar nóstico, recomendaciones, firma y registro	indicativo número extensión Teléfono celular: A RELEVANTE el día, mes, y año en el cual se inició la atención del paciente ual se dio de alta o finalizó la atención del paciente remitido). Doyo diagnóstico realizados, diagnósticos, complicaciones, o del profesional responsable.

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"

Departamento	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE	
Municipio	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.	
Entidad responsable del pago	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos.	

Datos de la persona responsable del paciente

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos de la persona responsable del paciente, tal como figuran en la admisión. Si la persona sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
Tipo documento de identificación	Marque con una "X" la opción pertinente, según como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
Número de documento de identificación	Registre el número del documento de la persona responsable del paciente.
Dirección de residencia habitual	Registre la dirección que indique la persona responsable del paciente como residencia habitual.
Teléfono	Registre el número de teléfono que el paciente o su acudiente indique.
Departamento	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.
Municipio	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del DIVIPOLA del DANE.

Datos del profesional que contrarremite

Apellidos y nombres	Registre los nombres y apellidos del profesional que contrarremite.
Teléfono	Registre el número de teléfono al cual se pueda contactar al profesional. El número celular solicitado, corresponde al institucional, si se cuenta con este recurso.
Servicio que contra-remite	Registre el nombre del servicio que contrarremite: consulta externa, urgencias, hospitalización y en caso pertinente la especialidad a la cual se contrarremite al paciente.

Información clínica relevante

Diligencie las fechas inicio y final de la atención, los resultados de pruebas diagnósticas, evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados, pronóstico y recomendaciones de manejo. Al finalizar el profesional que contrarremite debe firmar el formato.

