MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: a a a a - d d - m m **Hora:** h h : m m

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre | NIT / CC

Código | Dirección prestador

Teléfono | indicativo | número | Departamento | Municipio

DATOS DEL PACIENTE

1er Apellido | 2do Apellido | 1er Nombre | 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro civil
- ☐ Tarjeta de identidad
- ☐ Cédula de ciudadanía
- ☐ Cédula de extranjería
- ☐ Pasaporte
- ☐ Adulto sin identificación
- ☐ Menor sin identificación

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento a a a a - d d - m m

Dirección de Residencia Habitual | Teléfono

Departamento | Municipio

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO | CÓDIGO

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro civil
- ☐ Tarjeta de identidad
- ☐ Cédula de ciudadanía
- ☐ Cédula de extranjería
- ☐ Pasaporte
- ☐ Adulto sin identificación
- ☐ Menor sin identificación

Número documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual | Teléfono

Departamento | Municipio

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre | Teléfono

Indicativo | Número | Extensión

Servicio que solicita la referencia | Teléfono Celular

Servicio para el cual se solicita la referencia

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

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

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE CONTRARREMITE