



ATENCION EN SALUD
FORMATO UNICO DE REFERENCIA DE PACIENTE

Codigo
F-AS-UE01-01
Version; 01

IDENTIFICACION DE LA I.P.S.

FORMATO UNICO DE REFERENCIA DE PACIENTE

Resolución IDS de Norte de Santander No.

I.- DATOS RELATIVOS A LA REFERENCIA

| FECHA | | |
|-------|-----|-----|
| DIA | MES | AÑO |
| | | |

| HORA | | |
|------|----|----|
| | AM | PM |
| | | |

| TIPO DE REFERENCIA | |
|--------------------|--|
| REMISION | |
| INTERCONSULTA | |
| ORDEN DE SERVICIOS | |

I.P.S. REMITENTE:

I.P.S. DESTINATARIA:

ESPECIALIDAD O SERVICIO REMITENTE:

ESPECIALIDAD O SERVICIO SOLICITADO:

TIPO DE SERVICIO REMITENTE:

| | |
|------------------|--|
| Ambulatorio | |
| Consulta Externa | |

| | |
|-----------------|--|
| De Urgencias | |
| Hospitalización | |

TIPO DE ATENCION SOLICITADA:

| | | | |
|----------|--|----------------------|--|
| Electiva | | Electiva prioritaria | |
| Urgente | | Hospitalización | |

II.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE

NOMBRE Y APELLIDOS:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

| CC | TI | RC | ASI | MSI | PAS | C.E. |
|----|----|----|-----|-----|-----|------|
| | | | | | | |

EDAD

| AÑOS | MESES | DIAS |
|------|-------|------|
| | | |

SEXO

| M | F |
|---|---|
| | |

¿Remitido por primera vez?

SI NO

¿Por la misma patología?

SI NO

Dirección de residencia:

Teléfono:

Persona responsable del Paciente:

Dirección de residencia:

Teléfono:

III.- ASEGURAMIENTO Y CONTINGENCIA DE LA ATENCIÓN

TIPO DE AFILIACION AL S.G.S.S.S.

| | |
|------------------|--|
| Subsidiado | |
| Vinculado | |
| Contributivo | |
| Régimen especial | |
| Particular | |
| EPS/ARS/ARP: | |

POBLACION ESPECIAL

| | |
|---------------------|--|
| Desmovilizado | |
| Desplazado | |
| Discapacitado | |
| Indígena | |
| Indigente | |
| Menor en protección | |

TIPO DE EVENTO

| | | | |
|-----------------------|--|-----------------------|--|
| Accidente común | | Evento Terrorista | |
| Accidente de trabajo | | Lesión por agresión | |
| Accidente de tránsito | | Lesión autoinflingida | |
| Accidente ofídico | | Otros | |
| Enfermedad General | | | |
| Evento Catastrófico | | | |

IV.- CAUSA DE LA REFERENCIA

Requiere nivel superior

Ausencia de insumos

Deficiencia de servicios públicos

Sobre cupo del servicio

Por no disponibilidad de:

serv. diagnost. y/o terapeuticos

Médico Especialista

Médico General

V.- RESUMEN DE DATOS RELATIVOS AL CASO

MOTIVO DE SOLICITUD:

SIGNOS VITALES:

T.A:

F.C

F.R:

GLASGOW:

Peso:

Talla:

TEMP:

EXAMEN FISICO:

MANEJO TERAPEUTICO INSTAURADO:

REPORTE DE AYUDAS DIAGNOSTICAS:

DIAGNOSTICO PRINCIPAL:

1)

C.I.E. 10:

2)

C.I.E. 10:

C.I.E. 10:

Servicio Diagnóstico o terapeutico solicitado:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO REMITENTE:

FIRMA Y SELLO

OBSERVACIONES DURANTE EL TRASLADO:

RECEPTOR DEL PACIENTE

DIA:

MES:

AÑO

HORA:

AM

PM

NOMBRE Y APELLIDO

PROFESIÓN U OCUPACIÓN

FIRMA Y SELLO

Favor diligenciar completamente este formulario, con letra legible, evitar tachones o enmendaduras, no usar siglas y no dejar espacios en blanco