

	ATENCION EN SALUD	Codigo F-AS-UE01-04
	FORMATO UNICO DE CONTRAREFERENCIA DE PACIENTE	Version; 01

IDENTIFICACION DE LA I.P.S.

FORMATO UNICO DE CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

RESPUESTA DE SOLICITUD DE SERVICIOS

FECHA		
DIA	MES	AÑO

HORA		
	AM	PM

SERVICIO O ESPECIALIDAD CONTRAREMITENTE:

I.P.S. DESTINATARIA:

I.- IDENTIFICACION DEL PACIENTE											
NOMBRE Y APELLIDOS:											
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:											
CC	TI	RC	ASI	MSI	PAS	C.E.	EDAD			SEXO	
No:							AÑOS	MESES	DIAS	M	F

II.- RESPUESTA A LA REMISIÓN:
HALLAZGOS CLINICOS:

RESULTADO DE PROCEDIMIENTOS DX:

DIAGNOSTICOS:	CODIGO CIE 10
1).-	
2).-	
3).-	

INDICACIONES TERAPEUTICAS A SEGUIR CON EL PACIENTE:

RECOMENDACIONES:

REFERENCIA PERTINENTE:	SI	NO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL MEDICO QUE CONTRA - REMITE AL PACIENTE:	FIRMA Y SELLO

RECIBIDO DEL PACIENTE:	FECHA:	DIA	MES	AÑO	FIRMA:

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