Universidad del Tolima	PROCEDIMIENTO ATENCIÓN EN SALUD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD - PSS REFERENCIA: INTERCONSULTA	Página 1 de 1 Código: DH-P07-F10 Versión: 02 Fecha Actualización: 03-02-2017

FECHA: HORA:

INFORMACION DEL PRESTADOR

NOMBRE	PRESTADORA SERVICIOS DE SALUD UNIVERSIDAD DEL TOLIMA	NIT	X

TELEFONO	DIRECCION DEL PRESTADOR	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO
8		TOLIMA	IBAGUE

DATOS DEL PACIENTE

NOMBRES	APELLIDOS

TIPO DE DOCUMENTO DEL PACIENTE				NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		FECHA DE NACIMIENTO
	TARJETA DE IDENTIDAD		PASAPORTE			
	CEDULA DE CIUDADANIA		ADULTO SIN IDENTIFICACION	DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL		
	CEDULA DE EXTRANJERIA		OTRO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	
ENTIDAD RESPONSABLE DE PAGO				TELEFONO		

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NOMBRES	APELLIDOS

TIPO DE DOCUMENTO DEL PACIENTE				NUMERO DOCUMENTO DE IDENTIFICACION		TELEFONOO
	TARJETA DE IDENTIDAD		PASAPORTE			
	CEDULA DE CIUDADANIA		ADULTO SIN IDENTIFICACION	DIRECCION DE RESIDENCIA HABITUAL		
	CEDULA DE EXTRANJERIA		OTRO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

NOMBRE		CARGO		TELEFONO	
SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA		SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA			

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

DILIGENCIE EN EL ORDEN INDICADO EL RESUMEN DE ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO , FECHAS Y RESULTADO DE EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNOSTICO , RESUMEN DE LA EVOLUCION, DIAGNOSTICO, COMPLICACIONES, TRATAMIENTOS APLICADOS Y MOTIVOS DE REMISION, AL FINALIZAR, EL PROFESIONAL TRATANTE DEBE FIRMAR LA SOLICITUD DE REFERENCIA Y ANOTAR SU REGISTRO PROFESIONAL.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

DATOS I.P.S. RECEPTORA

NOMBRE I.P.S.			
NOMBRE MEDICO			
HORA INGRESO		FIRMA, R.M. Y SELLO	