



MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

										Fecha: 2 0 2 1 - 1 2 - 0 7										Hora: 2 3 : 1 5									
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR																													
Nombre CLINICA SAN FRANCISCO S.A.																				NIT		X . .		8 0 0 1 9 1 9 1 6 - 1					
.																				CC		.		Número.....DV					
Código		7 6 8 3 4 0 5 7 5 1 0 1		Dirección prestador: CALLE 26 No.34-60																									
Teléfono:		0 0 0 0 0 2 3 5 9 4 9 7		.																									
.		indicativo		número		Departamento: VALLE DEL CAUCA										7 6		Municipio: TULUA										8 3 4	

DATOS DEL PACIENTE																																							
OCAMPO										GRAJALES										JAIRO										No Tiene									
1er Apellido										2do Apellido										1er Nombre										2do Nombre									
Tipo Documento de identificación																																							
. Registro Civil		. Pasaporte		0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 6 2 8 4 0 2 3		.																																	
. Tarjeta de identidad		. Adulto sin identificación		Numero documento de identificación																										.									
X Cedula de ciudadanía		. Menor sin identificación																																					
. Cedula de extranjería		.		Fecha de Nacimiento										1 9 9 9 - 1 0 - 1 6		.																							
Dirección de Residencia Habitual: AVENIDA PRINCIPAL AGUACLARA N 28 62																				Teléfono:		0 5 2 8 0 1 4 1 9																	
Departamento: VALLE DEL CAUCA										7 6		Municipio: TULUA										8 3 4																	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S																				CODIGO:		E P S 0 0 5																	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE																																							
AGUIRRE										CASAS										ANYELY										VANESSA									
1er Apellido										2do Apellido										1er Nombre										2do Nombre									
Tipo Documento de identificación																																							
. Registro Civil		. Pasaporte		0 0 0 0 0 0 0 1 1 1 7 3 5 0 6 3 6		.																																	
X Tarjeta de identidad		. Adulto sin identificación		Numero documento de identificación																										.									
. Cedula de ciudadanía		. Menor sin identificación																																					
. Cedula de extranjería		.																																					
Dirección de Residencia Habitual: AGUACLARA																				Teléfono:		1 5 3 5 5 0 6 8 1																	
Departamento: VALLE DEL CAUCA										7 6		Municipio: TULUA										8 3 4																	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE																													
Nombre: JULIAN ANCIZAR VALENCIA LOPEZ																				Teléfono		0 0 0 0 0 2 3 5 9 4 9 7							
										indicativo		número		extensión															
Servicio que solicita la referencia: URGENCIAS																				Teléfono celular:		3 1 0 8 2 8 9 0 2 1							
Servicio para el cual se solicita la referencia: CIRUGIA VASCULAR																													

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen fisico, fechas y resultados de exámenes 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.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO: pÁciente quien ingresa en el servicio de urgencias por herida en tercio proximal de el brazo izquierdo, se aprecia aparente compromiso vascular, valorado por cirujano general de turno quien considera que el paciente debe ser manejado por cirujao vascular e indica remision como urgencia vital para valoracion y manejo por dicha especialidad . **EXAMEN FÍSICO ACTUAL:** paciente en aparente regular estado general, con palidez mucocutanea herida en tercio proximal de brazo izquierdo vendaje compresivo sobre la herida. **APOYOS DIAGNÓSTICOS:** hemograma, hemoclasificación. **DIAGNÓSTICOS:** s418:heridas de otras partes y de las no especificadas del hombro y del brazo. **TRATAMIENTO Y CONDUCTA:** manejo en area de criticos, reanimacion con cristaloides, analgesia, tetanol, valoracion por cirugía general. **CAUSA REMISIÓN:** requiere manejo por cirugía vascular.

JULIAN ANCIZAR VALENCIA LOPEZ TP. 76-1376
FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE