MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

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

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR QUE RESPONDE:

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 CONTRAREFIERE

Nombre		Teléfono	
		Indicativo / Número	Extensión
Servicio que solicita la referencia		Teléfono Celular	

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado: Fecha de inicio de atención (anotar el día, mes y año en el cual se inicio la atención del paciente remitido). Fecha de alta o finalización (anotar el día, mes y año en el cual se dió de alta o finalizó la atención del paciente remitido). Resumen de la evolución, fecha y resultados de examenes de apoyo diagnostico realizados, diagnosticos, complicaciones, tratamientos empleados, pronosticos, recomendaciones, firma y registro del profesional responsable.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE CONTRARREMITE