

RESOLUCION 4331 ANEXO TECNICO No 9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

CONSECUTIVO: 33745

Fecha remisión: 18/04/2024 4:01:40 p. m.

DATOS DEL PACIENTE

Tipo de documento: Cédula_Ciudadanía No Documento: 93348210
Nombre: JUAN DELACRUZ LOZANO LEAL
Sexo: Masculino Edad: 57 Años / 5 Meses / 24 Días
Zona: Urbana Municipio: BOGOTA
Dirección: CARR 18 10 33CASA DC
Régimen/Ent res pago: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS Subsidiado-830003564-7
Evento: Enfermedad_General_Adulto
Ingreso: 871778 Fecha ingreso: 14/04/2024 2:46:44 p. m.

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Tipo de documento: Cédula_Ciudadanía No Documento: ..
Primer nombre: YURI Segundo nombre: No Tiene
Primer apellido: LOZANO Segundo apellido: No Tiene
Teléfono: 3209843118 Dirección: CARR 18 10 33CASA DC

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA

Tipo de documento: CédulaCiudadanía No Documento: 1026300256
Nombre: VILLAMIL CASTELLANOS CAMILA ALEJANDRA
Servicio que remite: Hospitalización Descripción:
Servicio al que se remite: Otros Descripción:

Motivo de remisión (C00003 - EVOLUCION GENERAL) Folio : 31

SE SOLICITA OXÍGENO DOMICILIARIO ASÍ: OXÍGENO POR CÁNULA NASAL A 2 LITROS POR MIN 24 HORAS AL DÍA POR 30 DÍAS INICIALMENTE MÁS BALA GRANDE, BALA DE TRANSPORTE, CONCENTRADOR, CANULA NASAL ADULTO PARA OXÍGENO POR CÁNULA A 2 LITROS POR MIN MÁS HUMIDIFICADOR

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	NOMBRE
B24X	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA [VIH], SIN OTRA ESPECIFICACION

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
T40102	ATENCION AMBULATORIA INTEGRAL DEL OXIGENO DEPENDIENTE: MENSUAL POR PACIENTE

OTROS:

Médico: CAMILA ALEJANDRA VILLAMIL CASTELLANOS
Tarjeta profesional: 1026300256
Especialidad: MEDICINA GENERAL

