CLINICA OFTALMOLÓGICA PEÑARANDA
Su mejor punto de vista

NOG
NARIZ | OÍDOS | GARGANTA

REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES

1. OBJETIVO	Preservar la integridad, la salud y la vida del paciente en caso de que presente una complicación o una condición clínica adversa o inesperada, derivada o no de la atención, que requiera una remisión a otra disciplina u otro nivel de atención por haber superado las capacidades técnico científicas disponibles en la IPS, así como también garantizar la continuidad en la atención medica del paciente.
2. ALCANCE	Aplicable al sistema de referencia y Contra referencia de las diferentes sedes de la clínica oftalmológica Peñaranda, para usuarios que deban ser remitidos de urgencias o por criterio de otras especialidades
3. GENERALIDADES	En cumplimiento a la normatividad del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad y teniendo en cuenta que en **Clínica Oftalmológica Peñaranda** se realizan procedimientos médicos especializados, en los cuales existe la posibilidad de que algún paciente presente alteraciones de salud que lleven a la necesidad de tomar decisiones para la: **Referencia de pacientes de urgencia** A continuación, se describen las situaciones en que pueden presentarse una urgencia y que amerita una intervención: • Que un paciente que es atendido en consulta o para un procedimiento presente una complicación, una reacción o incidente adverso **resultante de la atención prestada**, que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en la clínica. Para que se dé el traslado del usuario se debe cumplir con las siguientes medidas: • Que el usuario requiera ser atendido en otro nivel de complejidad por haber superado la capacidad técnica científica de la IPS • Contar con la documentación completa para el traslado • Contar con el servicio de transporte asistencial. • Contar con el aval de la entidad receptora Que un paciente que es atendido en consulta o para un procedimiento presente una complicación, una reacción o incidente adverso **sin relación con la atención prestada**, que le ocasione una alteración orgánica cuyas

características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en la clínica.

- Que una persona (paciente, familiar o acompañante, etc.) que se encuentre en las instalaciones o en su proximidad, presente un evento adverso súbito de alteración de la salud que le ocasione una alteración orgánica cuyas características superen la capacidad técnico científica de que se dispone en la IPS.

Cuando ocurra una complicación o un evento o incidente adverso derivados de la atención realizada, se procederá a tratar de controlar o resolver la situación aplicando los protocolos de manejo que se tienen establecidos para dichas complicaciones. Si no se encuentra respuesta adecuada al manejo, se establecerá que la situación ha superado la capacidad técnica científica disponible en la CLINICA OFTAMOLOGICA PEÑARANDA y que se requiere realizar una referencia del paciente a otro prestador cuya disciplina de salud y/o nivel de complejidad de la atención sea apropiado para tal manejo.

De igual forma y en concordancia con las características de SOGC específicamente lo relacionado con la continuidad en la atención, la Clínica Oftalmológica Peñaranda establece el proceso de contra-remisión de los pacientes a un nivel de complejidad de la atención donde sea apropiado para tal manejo.

CONTRARREFERENCIA

A continuación, se describen las situaciones en que se debe contraremitir a un usuario a su primer nivel de atención o EPS o IPS remisoria:

- Paciente que es remitido por una IPS de I nivel de atención o EPS para manejo y el cual ya ha finalizado tratamiento o manejo por parte de la especialidad (oftalmología)
- Paciente que finaliza tratamiento y debe ser tratado por alguna especialidad
- Paciente que debe ser manejado por otro nivel de atención

4. DEFINICIONES	• **Referencia de Pacientes**: La referencia de pacientes de urgencia es el proceso mediante el cual un prestador de servicios de salud le envía un paciente a otro prestador para que le provea de los servicios de salud requeridos y realice el manejo de la condición clínica de urgencia del paciente, el cual no pudo ser controlada o resuelta por parte del prestador inicial, por haber superado su capacidad técnico científica. • **Contrarreferencia:** Respuesta que los prestadores de servicios de salud receptores de la referencia dan al prestador que remitió, en donde se consigna un resumen de la atención recibida, se explicitan los diagnósticos o impresiones definidas y se dan las recomendaciones médicas y/o farmacológicas, además de anotar las recomendaciones de tratamiento que se envían al profesional del nivel primario para garantizar la continuidad de la atención del paciente • **Traslado Primario:** Es el traslado que se realiza de un paciente desde un sitio donde no hay posibilidad de adecuada atención médica de urgencia, hacia otro sitio o institución hospitalaria donde existan los recursos para que se le preste la atención de salud requerida. • **Urgencia**: Es la alteración de la integridad física y/o mental de una persona, causada por un trauma o por una enfermedad de cualquier etiología que genere una demanda de atención médica inmediata y efectiva, tendiente a disminuir los riesgos de invalidez y muerte. • **Régimen de referencia:** Es el Conjunto de normas Técnicas y Administrativas que permiten prestar adecuadamente al usuario el servicio de salud, según el nivel de atención y grado de complejidad de los organismos de salud con la debida oportunidad, eficacia e integralidad. Facilitar el flujo de usuarios y elementos de ayuda diagnostica entre aquellos y las unidades familiares.

	• **Servicios de atención de urgencias:** el servicio de atención de urgencias, comprende la organización de recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros de un proceso de cuidados de salud indispensables e inmediato a personas que presentan una urgencia, desde el momento y lugar de ocurrencia, durante el traslado y su permanencia en las entidades del Sector Salud autorizadas para prestar estos servicios. • **De la obligatoriedad:** Todas Las entidades o establecimientos públicos o privados autorizados para la prestación de servicios de urgencias, tienen la obligación de atender los casos de urgencias. • **Traslado asistencial básico:** es el traslado de un paciente que se realiza desde un sitio donde no hay posibilidad de adecuada atención médica de urgencia hacia otro sitio o institución hospitalaria donde existan los recursos para que se le preste la atención en salud requerida.
5. GRUPO DE PERSONAS QUE PARTICIPAN EN LA REMISION DEL PACIENTE	Las personas que conforman el grupo de atención para la remisión del usuario son las siguientes: **Sede 03: calle 17 No. 0-88** Jefe de enfermería Médico especialista Auxiliar de enfermería Servicio de información y atención al usuario (SIAU) **Sede 05: calle 17 No. 0-92** Secretaria Anestesiólogo Líder de calidad **Sede 04: ocaña** Secretaria Especialista Cada una de ellos tiene funciones definidas, esto con el objetivo de hacer ágil el proceso de remisión del usuario. **Funciones de la jefe de enfermería /secretaria:** - Será la encargada de activar el llamado al grupo informando lo sucedido.

- Prepara (elabora y organiza) la documentación y los elementos que se utilizarán para la referencia del usuario:
  - ✓ Alistará el resumen de la historia clínica del usuario
  - ✓ Alistara los resultados de los exámenes en caso de existir
  - ✓ Diligenciará el formato de referencia de usuario.

Funciones del médico especialista

- Evaluar y Estabilizar al usuario de ser necesario.
- Mantener estable al usuario para hacer entrega de este al servicio de trasporte asistencial.

Funciones de la Auxiliar de enfermería Servicio de información y atención al usuario (SIAU)/ jefe de enfermería:

- Contactar al transporte asistencial
- Verificara mediante la lista de chequeo todo el cumplimiento del procedimiento de remisión

Para que se dé el traslado del usuario se debe cumplir con las siguientes medidas:

1. Que el usuario requiera ser atendido en otro nivel de complejidad por haber superado la capacidad técnica científica de la CLINICA OFTAMOLOGICA PEÑARANDA.
2. Contar con la documentación completa para el traslado
   - Resumen de la historia clínica del usuario
   - Resultados de los exámenes en caso de existir
   - Formato de referencia de usuario. Diligenciado.
3. Contar con el servicio de transporte asistencial.
4. Contar con el aval de la entidad receptora.

6.REALIZACIÓN				
N°	**Actividad**	**Descripción**	**Responsable**	**Documento/ Registro**

6.REALIZACIÓN				
N°	**Actividad**	**Descripción**	**Responsable**	**Documento/ Registro**
1.	Detectar e identificar la complicación	Detecte e identifique la complicación, ya sea por evento adverso o por evento inesperado de la salud del usuario, establezca la necesidad de realizar la referencia del usuario a otro prestador, cuya disciplina profesional y/o tipo de servicio y/o nivel de complejidad se requiera para la atención.	Medico y/o profesional de la salud	Anexo técnico No.9 formato estandarizado de referencia de pacientes
2.	Activación del código "remisión"	Active el código de llamada "remisión" con el fin de que el personal se prepare para la remisión del usuario.	Auxiliar de enfermería /secretaria	
3.	Estabilización del paciente antes del traslado	Evalué el estado del usuario y estabilicé en caso de ser necesario: • Evalué la vía aérea. • Inmovilice (en caso de ser necesario). • Constatar la expansión pulmonar. • Registrar estabilidad Hemodinámica. • Documentar el estado Neurológico antes de cargarlo. • Categorizar que usuario requiere descompresión • Estabilización de fracturas y soportes osteoarticulares. (en caso de ser necesario). • Cubrir adecuadamente las heridas del usuario. (si se presentan) • Monitorice signos vitales.	Médico especialista/ anestesiólogo	
4.	Preparación de la documentación requerida para el	Prepare: ✓ Resumen de historia clínica del usuario a remitir ✓ Resultados de exámenes en caso	Jefe de enfermería/secretaria	✓Resumen de historia clínica del usuario a remitir

6.REALIZACIÓN				
N°	**Actividad**	**Descripción**	**Responsable**	**Documento/ Registro**
	traslado	de contar con ellos. ✓ Diligencie el formato de remisión del usuario		✓Resultados de exámenes Anexo técnico No.9 formato estandarizado de referencia de usuarios
5.	Ubique el medio de transporte y solicite traslado del usuario	Ubique el servicio de transporte asistencial que tiene contratada SERVIMOS AMBULANCIAS DE COLOMBIA IPS S.A.S, En primera medida será trasladado a urgencias de la Clínica de los andes de no ser posible la atención se remitirá a la red prestadora donde pertenezca el usuario. Ver anexo. **Nota:** una vez llega el servicio de transporte asistencial se hará entrega del usuario estabilizado	Auxiliar de enfermería (SIAU) / jefe de enfermería	
6.	Reporte a La Entidad Receptora	Obtenga el aval del servicio o institución receptora para la aceptación del usuario	Auxiliar de enfermería (SIAU) / jefe de enfermería	✓
7.	Verificación de soportes para la referencia	**Verifique mediante lista de chequeo el cumplimiento de los documentos necesarios para el traslado:** - Diligenciamiento del formato determinado por la normatividad vigente para la referencia. - Resultados de apoyos diagnósticos	Auxiliar de enfermería (SIAU) / jefe de enfermería	✓

6.REALIZACIÓN				
N°	**Actividad**	**Descripción**	**Responsable**	**Documento/ Registro**
		realizados al usuario, si aplica. - Resumen de historia clínica Entregue a la persona responsable del traslado haciendo firmar el recibido de los documentos		
8.	Trasladar al paciente	Realice el traslado de la urgencia a una de las instituciones prestadoras de salud que se encuentran alrededor de la Clínica Oftalmológica Peñaranda, En caso de que el usuario manifiesta su afiliación al Sistema de Seguridad Social, el traslado se realizará a la red de prestadores de servicios de urgencias de la Empresa Promotora de Salud EPS a la cual se encuentre afiliado.	Servicio de traslado de paciente	Anexo técnico No.9 formato estandarizado de referencia de pacientes

En Clínica Oftalmológica Peñaranda, se tienen disponible teléfono fijo, teléfono celular para Realizar las llamadas respectivas en caso de requerirlo.

INSTITUCIONES	
Compañía de medicina prepagada Colsanitas	Ecopetrol
EPS sanitas	Suramericana
Colmedica	Seguros Bolívar
Comfaoriente ARS	Positiva
Allianz seguros de vida SA	Policía Nacional
Dirección general Sanidad Militar	Instituto Departamental de Salud
Axa Colpatria	Coomeva MP
Medplus	Mapfre
Aliansalud	Liberty Seguros

Anexo 1. Listado de Instituciones Prestadores de Servicios

ANEXO 1
INSTITUCIONES REFERENCIA DE PACIENTES DE URGENCIA

SERVICIOS DE AMBULANCIA

SERVICIO	DIRECCIÓN	TELEFONO
Servimos Ambulancia de Colombia	Calle 16N #5-158 Barrio Benjamín herrera Cúcuta	5812233 3142782257 31442715511 3208410823

COLSANITAS

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA SA	calle 13 n° 1e-54 barrio caobos	5821111 - 5718191	centraldereferencia.csj06@gmail.com
CLINICA SANTA ANA S A	avenida 11e n° 8-41 barrio colsag	5828384	referencia@clinicasantaanasa.com

ECOPETROL

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA NORTE S.A.	avenida 1 n° 18 -11 barrio blanco	5828222	referencia@clinicanorte.com.co
CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA SA	calle 13 n° 1e-54 barrio caobos	5821111 - 5718191	centraldereferencia.csj06@gmail.com
CLINICA SANTA ANA S A	avenida 11e n° 8-41 barrio colsag	5828384	referencia@clinicasantaanasa.com
MEDICAL DUARTE ZF S.A.S.	calle 0 n° 16 e -20 esquina avenida libertadores	5955859	

SANITAS

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA SANTA	avenida 11e n° 8-41	5828384	referencia@clinicasantaanasa.co

ANA S A	barrio colsag		m

SURAMERICANA

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA SANTA ANA S A	avenida 11e n° 8-41 barrio colsag	5828384	referencia@clinicasantaanasa.com
CLINICA NORTE S.A.	avenida 1 n° 18 -11 barrio blanco	5828222	referencia@clinicanorte.com.co

COLMEDICA

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA SANTA ANA S A	avenida 11e n° 8-41 barrio colsag	5828384	referencia@clinicasantaanasa.com
CLINICA NORTE S.A.	avenida 1 n° 18 -11 barrio blanco	5828222	referencia@clinicanorte.com.co
CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA SA	calle 13 n° 1e-54 barrio caobos	5821111 - 5718191	centraldereferencia.csj06@gmail.com

SEGUROS BOLIVAR

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA NORTE S.A.	avenida 1 n° 18 -11 barrio blanco	5828222	referencia@clinicanorte.com.co
CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA SA	calle 13 n° 1e-54 barrio caobos	5821111 - 5718191	centraldereferencia.csj06@gmail.com
CLINICA SANTA ANA S A	avenida 11e n° 8-41 barrio colsag	5828384	referencia@clinicasantaanasa.com

COMFAORIENTE

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
MEDICAL DUARTE ZF S.A.S.	calle 0 n° 16 e -20 esquina avenida libertadores	5955859	contrareferencia@clinicamedicalduarte.com

HOSPITAL ERASMO MEOZ	Av:11e N5A-71 Guaimaral	5829519-3162226103	referencia@huem.co

POSITIVA, ALLIANZ SEGUROS DE VIDA SA

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA NORTE S.A.	avenida 1 n° 18 -11 barrio blanco	5828222	referencia@clinicanorte.com.co

DIRECCION SANIDAD MILITAR, POLICIA NACIONAL

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA SAN JOSE DE CUCUTA SA	calle 13 n° 1e-54 barrio caobos	5821111 - 5718191	centraldereferencia.csj06@gmail.com

IDS

INSTITUCIÓN	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
HOSPITAL ERASMO MEOZ	Av:11e N5A-71 Guaimaral	5829500-5829519-3162226103	referencia@huem.co

AXA COLPATRIA, COOMEVA MP, MEDPLUS, MAPFRE, ALIANSALUD, LIBERTY SEGUROS

	DIRECCIÓN	TELEFONO	CORREO
CLINICA NORTE S.A.	avenida 1 n° 18 -11 barrio blanco	5828222	referencia@clinicanorte.com.co

ANEXO 2.
INSTRUCTIVO PARA EL DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES.

CONTENIDO ESTANDARIZADO DEL FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES	
OBJETIVOS	Identificar y presentar un resumen de la historia clínica del paciente que a juicio del profesional tratante se debe remitir para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud, de manera que el prestador receptor conozca la información clínica del paciente.
NORMAS GENERALES	El responsable del diligenciamiento del formato es el profesional tratante y se debe diligenciar cuando se toma la decisión de remitir un paciente a otro Prestador de servicios de salud. En caso de que las condiciones del paciente atendido en el servicio de urgencia varíen entre el momento del

	diligenciamiento del formato y el momento efectivo de traslado del paciente, deberá ser actualizado dicho formato
DILIGENCIAMIENTO	
FECHA Y HORA	Registre la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 00:00 a 24:00 horas en la cual se diligencia el formato.
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR	
NOMBRE PRESTADOR	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC/CE	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud; CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente, o CE si se trata de un profesional independiente con nacionalidad extranjera, en ejercicio.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT, adicione el dígito de verificación.
CÓDIGO	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
DIRECCIÓN PRESTADOR	Registre la dirección del prestador de servicios de salud, conforme figura en la declaración de habilitación
TELÉFONO	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
DEPARTAMENTO	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
MUNICIPIO	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.
DATOS DEL PACIENTE	
APELLIDOS Y NOMBRES	Registre los nombres y apellidos del usuario. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
NÚMERO DE	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	que se realizó la verificación de derechos.
FECHA DE NACIMIENTO	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
TELÉFONO	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente
DEPARTAMENTO	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE
MUNICIPIO	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE	
APELLIDOS Y NOMBRES	Registre los nombres y apellidos de la persona responsable del paciente. Si la persona sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión “no tiene”. No deje espacios sin diligenciar.
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Marque con una “X” la opción pertinente.
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Registre el número del documento.
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.
TELÉFONO	Registre el número de teléfono que el paciente, o su acudiente, indique.
DEPARTAMENTO	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al

	departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
MUNICIPIO	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.
DATOS DEL PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE	
INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE	Diligencie en el orden indicado la información de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes de diagnóstico; resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional remitente debe firmar el formato.

CONTRARREFERENCIA

La Contrarreferencia es el proceso administrativo asistencial por el cual se da por terminado el tratamiento o manejo de un paciente y se contraremite al primer nivel de atención a la EPS e IPS remisoria con el fin de garantizar la continuidad de la atención del mismo.

N°	Actividad	Descripción	Responsable	Documento/ Registro
1.	Terminación del tratamiento del paciente o requisición de manejo por otra especialidad	El médico tratante del paciente define tratamiento terminado o necesidad de manejo por otra especialidad o primer nivel de atención	Medico y/o profesional de la salud	Aplicativo historia clínica

N°	Actividad	Descripción	Responsable	Documento/ Registro
2.	Diligenciar formato Contrarreferencia de pacientes	Registrar todos los datos completos y aspectos relevantes a tener en cuenta en la contraremisión de pacientes. Anexar historia clínica	Medico y/o profesional de la salud	Contrarreferencia de pacientes
3.	Recomendaciones y orientación al paciente	Se explica al paciente que se acerque con el registro diligenciado y copia de la historia clínica a la IPS o EPS que lo remitió, y se deja constancia del proceso como anotación en la historia clínica	Medico y/o profesional de la salud	N.A.

ANEXO. 3
INSTRUCTIVO PARA SU ADECUADO DILIGENCIAMIENTO FORMATO ESTANDARIZADO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES

CONTENIDO ESTANDARIZADO DEL FORMATO DE CONTRARREFERENCIA DE PACIENTES	
OBJETIVOS	Registrar la información clínica relacionada con la atención resultado de una remisión, para garantizar la continuidad de la atención.
NORMAS GENERALES	El responsable del diligenciamiento del formato es el profesional tratante y se debe diligenciar al terminar la interconsulta o el tratamiento objeto de la remisión. Este formato diligenciado hace parte de la historia clínica del paciente. Si el manejo del paciente fue hospitalario, la información de contrarreferencia será una copia de la epicrisis. Esta deberá remitirse al prestador que remitió al paciente.
DILIGENCIAMIENTO	

FECHA Y HORA	Registre la fecha (aaaa-mm-dd) y hora en formato 00:00 a 24:00 horas en la cual se diligencia el formato.
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR	
NOMBRE PRESTADOR	Registre el nombre completo del prestador de servicios de salud, tal como figura en el formulario de habilitación de servicios radicado ante la dirección departamental o distrital de salud.
NIT/CC/CE	Marque con una "X" la opción pertinente. NIT si la identificación se refiere a número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud; CC, si se trata de la cédula de un profesional independiente, o CE si se trata de un profesional independiente con nacionalidad extranjera, en ejercicio.
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	Registre el número de identificación tributaria asignado por la DIAN al prestador de servicios de salud, o el número de cédula si se trata de un profesional independiente. En caso de NIT, adicione el dígito de verificación.
CÓDIGO	Registre el código de habilitación asignado por la dirección departamental o distrital de salud en virtud del proceso de habilitación del prestador.
DIRECCIÓN PRESTADOR	Registre la dirección del prestador de servicios de salud, conforme figura en la declaración de habilitación
TELÉFONO	Registre el indicativo y el número telefónico del prestador de servicios de salud.
DEPARTAMENTO	Registre el nombre del departamento en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
MUNICIPIO	Registre el nombre del municipio en el cual se encuentra ubicado el prestador de servicios de salud. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.
DATOS DEL PACIENTE	
APELLIDOS Y NOMBRES	Registre los nombres y apellidos del usuario. Si el usuario sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Marque con una "X" la opción pertinente, según sea el documento con el que aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Registre el número del documento tal como aparece en la base de datos en la que se realizó la verificación de derechos.
FECHA DE	Registre la fecha de nacimiento en números arábigos (año-mes-día) conforme

NACIMIENTO	los datos que aparecen en la base de datos en la que realizó la verificación de derechos.
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	Registre la dirección que indique el usuario o acudiente como residencia habitual.
TELÉFONO	Registre el número de teléfono que le indique el usuario o acudiente
DEPARTAMENTO	Registre el nombre y código del departamento en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE
MUNICIPIO	Registre el nombre y código del municipio en el cual reside habitualmente el usuario, según la información que suministre el usuario o acudiente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	Registre el nombre de la entidad responsable del pago y el código asignado, tal como aparece en la base de datos en la cual se realizó la verificación de derechos
DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE	
APELLIDOS Y NOMBRES	Registre los nombres y apellidos de la persona responsable del paciente. Si la persona sólo tiene un nombre o un apellido, en el espacio del segundo nombre o segundo apellido registre la expresión "no tiene". No deje espacios sin diligenciar.
TIPO DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Marque con una "X" la opción pertinente.
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	Registre el número del documento.
DIRECCIÓN DE RESIDENCIA HABITUAL	Registre la dirección que indique el paciente o su acudiente, como residencia habitual.
TELÉFONO	Registre el número de teléfono que el paciente, o su acudiente, indique.
DEPARTAMENTO	Registre el nombre del departamento en el cual reside habitualmente el paciente. En las dos casillas correspondientes, registre el código asignado al departamento a través de la codificación del Divipola del DANE.
MUNICIPIO	Registre el nombre del municipio en el cual reside habitualmente el paciente. En las tres casillas correspondientes, registre el código asignado al municipio a través de la codificación del Divipola del DANE.

DATOS DEL PROFESIONAL QUE CONTRARREMITE	
APELLIDOS Y NOMBRES	Registre los nombres y apellidos del profesional que contrarremite.
TELÉFONO	Registre el número de teléfono al cual se pueda contactar al profesional. El número celular solicitado, corresponde al institucional, si se cuenta con este recurso.
SERVICIO QUE CONTRA-REMITE	Registre el nombre del servicio que contrarremite: consulta externa, urgencias, hospitalización y en caso pertinente la especialidad a la cual se contrarremate al paciente.
INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE	Diligencie las fechas inicio y final de la atención, los resultados de pruebas diagnósticas, evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados, pronóstico y recomendaciones de manejo. Al finalizar el profesional que contrarremite debe firmar el formato.

REGISTROS RELACIONADOS

CÓDIGO	NOMBRE
MPO-SC-R-04-1	REFERENCIA DE PACIENTES
MPO-SC-R-04-2	CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES
MPO-SC-R-04-3	LISTA DE CHEQUEO

DOCUMENTOS RELACIONADOS

CÓDIGO	NOMBRE
	HISTORIA CLINICA

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSIÓN	RAZÓN DEL CAMBIO
MAYO 2011	01	Versión original

AGOSTO 2013	02	Se incluyó el Anexo técnico No.9 formato estandarizado de referencia de pacientes Se incluyó el instructivo para el debido diligenciamiento del Anexo técnico No.9 formato estandarizado de referencia de pacientes Se incluyó el Instructivo para su adecuado diligenciamiento formato estandarizado de contra-referencia de pacientes
AGOSTO 2015	03	Se incluye estabilización de paciente y lista de chequeo
SEPTIEMBRE 2018	04	Se actualiza el directorio de las instituciones prestadoras del servicio de salud que tienen contrato con las diferentes EPS que corresponden a la población que demandan nuestros servicios.
OCTUBRE 2018	05	Se actualiza anexando listado de EPS con contrato vigente y se incluye en el directorio la policía nacional e instituto departamental de salud.
DICIEMBRE 2018	06	Se amplía el alcance del documento a la sede 2, se incluyen los cargos que participan en la sede 2
JUNIO 2021	07	Se mejora la redacción del documento y Se actualiza la normatividad del documento incluyendo la Resolución 3100 de 2019

CONTROL DE REVISIONES

FECHA	VERSIÓN	RESPONSABLE
JUNIO 2021	07	ING. PAOLA ROA BERNAL – ASESORA SOGCS