Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	**ORDEN DE SOLICITUD DE SERVICIOS**	CÓDIGO:MI-GS-F-36-01
		VERSIÓN: 1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE ESE GESTIÓN DE SERVICIOS MISIONALES	PÁGINA: 1 DE 1
		FECHA:26/03/2018

IDENTIFICACIÓN | C.C | T.I | P.A | C.E | R.C | NUIP | M.S | A.S | D | UNIDAD__VERBENAL

No._1020770174___ FECHA _27_ DE 01_ DE _2025__

JENNY ZULANGIE ESPINOSA BOGOYA 32

1 er. APELLIDO 2do. APELLIDO NOMBRES EDAD

CONSULTA EXTERNA _____ [ ] [ ] [ ] [ ]

SERVICIO CAMA Urgente 1 AMB. 2URG. 3 HOSP

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA (Código cie 10, no utilizar siglas)
R688

CONDICIÓN DE USUARIO:

Embarazada 1er Trimestre 1 [ ] 2do. Trimestre 2 [ ] 3er Trimestre 3 [ ] No Embarazada 4 [ ]

SERVICIO SOLICITADO
EL SUSCRITO MÉDICO DE LA SUBRED INTEGRADA DE SALUD NORTE E.S.E.,
HACE CONSTAR QUE EN LA FECHA HE EXAMINADO AL PACIENTE YA ARRIBA
IDENTIFICADO Y MENCIONADO, PRESENTO ENFERMEDAD POR INFECCION CON VIRUS DE
VARICELA ZOSTER EN LA INFACIA, MOTIVO POR EL CUAL NO REQUIERE INMUNIZACION PARA
DICHA ENFERMEDAD.

DR. SAMUEL LÓPEZ PÉREZ
MEDICINA CRÍTICA
R.M. 88204573

NOMBRE _____ CODIGO _____ FIRMA _____

1. Llenar todos los datos completos en forma clara y legible
2. No se aceptan ordenes sin nombre, firma y registro médico.
3. Use la casilla URGENTE sólo en casos críticos.
4. Para solicitar Laboratorios, Banco de Sangre, Procedimientos, etc.

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN
CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C.Cédula de Ciudadanía- T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - CE- Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
NUIP- Número Único de Identificación Personal- MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio.