

## ANEXO 9

Hora: 

|   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| 0 | 9 | : | 5 | 7 |
|---|---|---|---|---|

## INFORMACION DEL PRESTADOR

[illegible]

|           |            |  |                         |  |  |  |  |  |     |  |                    |  |       |  |
|-----------|------------|--|-------------------------|--|--|--|--|--|-----|--|--------------------|--|-------|--|
| Télefono: |            |  |                         |  |  |  |  |  |     |  |                    |  |       |  |
|           | indicativo |  | número                  |  |  |  |  |  |     |  |                    |  |       |  |
|           |            |  | Departamento: Risaralda |  |  |  |  |  | 6 6 |  | Municipio: PEREIRA |  | 6 0 0 |  |

DATOS DEL USUARIO (como aparece en la base de datos)

REINERIO

2do Nombre

## Tipo Documento de identificación

|   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | 8 | 5 | 0 | 4 | 9 | 1 | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento: 

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 9 | 6 | 3 | - | 0 | 8 | - | 0 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

|           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Teléfono: | 3 | 2 | 0 | 7 | 1 | 8 | 9 | 4 | 5 |
|-----------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

|   |   |   |
|---|---|---|
| 6 | 0 | 0 |
|---|---|---|

|         |   |   |   |   |   |   |
|---------|---|---|---|---|---|---|
| CODIGO: | E | S | S | 0 | 2 | 4 |
|---------|---|---|---|---|---|---|

| DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE |  |
|----------------------------------------------|--|
| Nombre                                       |  |
| Apellido                                     |  |
| Dirección                                    |  |
| Código Postal                                |  |
| Ciudad                                       |  |
| País                                         |  |
| Teléfono                                     |  |
| Celular                                      |  |
| E-mail                                       |  |

2do Nombre

### Tipo Documento de identificación

[illegible]

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Télefono: |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|

|  |  |   |   |   |
|--|--|---|---|---|
|  |  |   |   |   |
|  |  | 6 | 0 | 0 |

## PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Teléfono: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

  
indicativo                      número                      Extensión

[illegible]

Servicio para el cual se solicita la referencia: **MEDICINA INTERNA**

### INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

DIAGNOSTICO PRINCIPAL=I802 FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE OTROS VASOS PROFUNDOS DE LOS MIEMBROS INFERIORES  
INSPECCION GENERAL PESO=84 K TALLA=162 PASS=130/80 TEMPERATURA=36.2 FRECUENCIA RESPIRATORIA=20 FRECUENCIA  
CARDIACA=109 PULSO=109 FIO2=21 SATO2=95  
JUSTIFICACION:PACIENTE CON ANTECEDENTE DE IAM EN 2023, RECUPERADO, AHORA CON DOLOR, EDEMA Y CIANOSIS DE MIEMBRO  
INFERIOR IZQUIERDO DESDE AYER,M PROGRESIVO , CON DOLOR INTENSO. AL EXAMEN FÍSICO MARCHA ANTÁLGICA, MIEMBRO INFERIOR  
IZQUIERDO CON EDEMA, CIANOSIS MARCADA EN TODAS SU EXTENSIÓN, CON PERFUSIÓN DISTAL MENOR DE 2 SEG, PULSO PEDIO  
CONSERVADO, DOLOR A LA PALPACIÓN DE PREDOMINIO DE REGIÓN GLÚTEA , SACROILIACA IZQ HALLAZGOS COMPÁTIBLES CON  
TROMBOFLEBITIS PROFUNDA DE MIEMBRO INFERIOR IZQUIERDO. SE ORDENA HOSPITALIZACIÓN Y REMISIÓN A TERCER NIVEL DE  
COMPLEJIDAD

  
AURA VICTORIA BETANCUR S.  
MEDICO GENERAL  
C.C.42081017  
R.M.151275-90

AURA VICTORIA BETANCUR SANCHEZ

Registro: 721

Especialidad: MEDICINA GENERAL

10-14-2025 09:59:13