

	NOMBRE LISTA DE CHEQUEO DE REFERENCIA DE PACIENTES		CÓDIGO 08-2-FT-006
	TIPO DE DOCUMENTO FORMATO	PROCESO MISIONAL	VERSIÓN 001

CHEQUEO DIARIO DE EQUIPOS MÉDICOS TAM
--

Nombre del paciente:		Edad		Aseguradora	
----------------------	--	------	--	-------------	--

Tipo de identificación:	RC__ TI__ CC__ CE ____ PASAPORTE ____ N° Identificación:
-------------------------	--

DESCRIPCIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	NO APLICA	OBSEVACIONES
Diligenciamiento del formato de referencia de pacientes.				
Resumen de historia clínica del paciente con órdenes medicas realizadas para estabilización del paciente				
Resultados de Imágenes diagnósticas realizados al paciente.				
Resultados de exámenes de laboratorio realizados al paciente.				
Verificación de mecanismos tecnologicos de apoyo para la referencia				

La referencia de pacientes que se detecten como víctimas de violencia sexual debe hacerse a un servicio de urgencias.

RESPONSABLE: