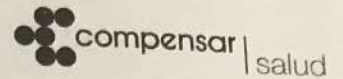


# Solicitud de Servicios



Día	Mes	Año	Nº
07	ABR	2022	

## 1. Datos básicos del paciente

Nombre del paciente <b>Liana Osesada Martinez</b>		Tipo identificación T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input checked="" type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Nº Identificación <b>1000491777</b>
Nombre del trabajador		Tipo identificación T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/>		Nº Identificación
POS <input checked="" type="checkbox"/>	PC <input type="checkbox"/>	PCEMP <input type="checkbox"/>	Caja <input type="checkbox"/>	Condición TR <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> HI <input type="checkbox"/> CY <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
Estrato				Fecha accidente de trabajo Año Mes Día
Origen				
1. Maternidad <input type="checkbox"/>	2. Enf. general <input type="checkbox"/>	3. Enf. profesional <input type="checkbox"/>	4. Accid. de trabajo <input type="checkbox"/>	
5. Accidente de tránsito <input type="checkbox"/>	6. Enf. IV nivel <input type="checkbox"/>	7. Salud ocupacional <input type="checkbox"/>	8. Recurso <input type="checkbox"/>	

## 2. Servicio

### Diligenciar un formato por cada tipo de servicio solicitado

Control  Remisión  Interconsulta  Laboratorio clínico  Terapias  Electrodiagnóstico  Imágenes diagnósticas

Diagnóstico <b>22. Periodontitis crónica sintomática</b>	Código <b>K04.4</b>	Servicio requerido <b>Se remite a odontología para tratamiento de conductos del 22.</b>
<p>CLINICA PROTECCION ORAL ATENCIÓN PRIORITARIA Av. Boyacá No 72 # 9-97 - PBX: 703 2431</p>		<p><b>Michelle Espitia</b> Odontóloga Registro Odontológico Colombiano Pas. 2640 06-03-17</p>
Nombre del profesional <b>Michele Espitia</b>	Firma	Registro médico y/o Tarjeta profesional <b>10308775</b>

## 3. Terapias

Fecha	Firma del paciente	Fecha	Firma del paciente
1. _____	_____	9. _____	_____
2. _____	_____	10. _____	_____
3. _____	_____	11. _____	_____
4. _____	_____	12. _____	_____
5. _____	_____	13. _____	_____
6. _____	_____	14. _____	_____
7. _____	_____	15. _____	_____
8. _____	_____	Firma terapeuta _____	_____

## 4. Resultado del servicio

Diagnóstico de interconsulta			Código
Nombre del paciente:			T.I. <input type="checkbox"/> C.C. <input type="checkbox"/> C.E. <input type="checkbox"/> Registro civil <input type="checkbox"/> Nº
Resultado de interconsulta <b>Se reagacita por (01) día 07 abril 2022.</b>			
Día	Mes	Año	Nombre del profesional:
07	ABR	2022	
Firma			Registro médico y/o Tarjeta profesional