



E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE

ADMISIONES

ADELA LEÒN

Coordinadora Admisiones

Es el área administrativa encargada de realizar el **proceso de ingreso de los pacientes a los diferentes servicios del Hospital**. La finalidad es **brindar a los usuarios una admisión ágil, correcta y eficiente**.



PROCESOS DESARROLLADOS

- Registro de **ingreso y salida** de pacientes
- Gestión de **autorización** de servicios posteriores a la atención inicial de urgencias
- Gestión de **autorización** de servicios de pacientes ambulatorios
- **Asignación de camas hospitalarias**
- **Hospitalización** de pacientes remitidos
- **Registro de ingreso y salida de cadáveres** para necropsia
- Gestión de **servicios NO POS**

OBJETIVO PRINCIPAL



Garantizar a todos los pacientes que durante su proceso asistencial, se tramite de manera oportuna la solicitud de servicios adicionales u ordenes de servicio.

[illegible]

 MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL INFORME DE LA ATENCIÓN INICIAL DE URGENCIA			
NÚMERO ATENCIÓN:	AD 125117	FECHA: 2014/08/28	HORA: 11:13
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR			
NOMBRE:		NI	
E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE		900042103-S NÚMERO	
CÓDIGO:	130010178101	DIRECCIÓN DEL PRESTADOR:	
TELÉFONO:	6697111	Zaragocilla, Edificio Hospital Universitario del Caribe Calle 29 N° 50-50	
DEPARTAMENTO:		MUNICIPIO:	
ENTIDAD A LA QUE SE LE INFORMA (PAGADOR):		CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR DE CORDOBA - COMFACOR - CCFD15	
DATOS DEL PACIENTE			
GUZMAN		MENDO	
1er Apellido		2do Apellido	
CENITH		DEL CARMEN	
1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación		1050080064	
CC		Número de Documento de Identificación	
Fecha de Nacimiento		10/01/2028	
Dirección de Residencia Habitual:		NELSON MANDELA SEC CENTRAL UNO MZ 56 LT80	
Teléfono:		3217544591	
Departamento: Bolívar - 13		Municipio: Cartagena - 001	
Cobertura en salud: Subsidiado			
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN			
Origen de la atención:		Clasificación del Triaje: 1. Rojo	
13 - Enfermedad general			
Ingreso a Urgencias:			
Fecha: 28/08/2014		Hora: 10:07	
Nombre del prestador de servicios de salud que remite		Paciente viene remitido: NO	
Departamento:		Municipio:	
Móvil de consulta:			
EPIGASTRALGIA			
Impresión Diagnóstica:			
1 - Impresión diagnóstica			
Diagnóstico Principal:			
K291. OTRAS GASTRITIS AGUDAS			
Diagnóstico Relacionado 1:			
Diagnóstico Relacionado 2:			
Diagnóstico Relacionado 3:			
Destino del Paciente: Observación			
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE INFORMA			
Nombre de quien informa:		Teléfono: 6725967-6725973	
JHON FELIX ROMERO ROMERO			
Cargo o Actividad: Técnico en Admisiones		Teléfono Celular	

Formatos exigidos por la norma Resolución 3047 de 2008

		MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DE LA SALUD	
NOMBRE PRESTADOR: E.S.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL CARIBE		FECHA: 28/04/2014 12:00:00a.m.	NIT: 900042103-5
CODIGO: 130010178101	DIRECCIÓN: Zaregoitia, Edificio Hospital Universitario del Caribe Calle 29 Nº 50-50		
TELÉFONO: 6907111	DEPARTAMENTO:	MUNICIPIO:	
ENTIDAD A LA QUE SE SOLICITA (PAGADOR): SALUD VIDA S.A.		CODIGO: EP9033	
DATOS DEL PACIENTE			
PACIENTE: NICOLASA DE JESUS BARCELO CARABALLO		IDENTIFICACIÓN: 45395736	
TIPO DOCUMENTO: CC		FECHA NACIMIENTO: 15/04/1959 12:00:00a.m.	
DIRECCION DE RESIDENCIA: MARIA LA BAJA BRR. SAN FRANCISCO CLL. DEL TAMARINDO		TELÉFONO:	
DEPARTAMENTO: Bolívar - 13	MUNICIPIO: María la baja - 442	CELULAR:	
CORREO ELECTRONICO:		COBERTURA EN SALUD: Regimen Subsidiado - Total	
INFORMACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SERVICIOS SOLICITADOS			
ORIGEN: Enfermedad general			
UBICACIÓN DEL PACIENTE: Hospitalización 7mo Piso		CAMA: 7-3A	
Código Cups	Cantidad	Descripción	
512104	1	COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA	
JUSTIFICACIÓN CLÍNICA: SE SOLICITA AUTORIZACION PARA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA			
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: R101 - DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR DIAGNÓSTICO RELACIONADO 1: DIAGNÓSTICO RELACIONADO 2:			
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA			
PROFESIONAL: ZUJAY MILENA URECHE OSPINO		CARGO: Técnico en Admisiones	
TELÉFONO: 6724340 ext 701		CELULAR:	

ANEXO TÉCNICO No. 4			
AUTORIZACION DE SERVICIOS DE SALUD			
MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL			
NÚMERO AUTORIZACIÓN:		Fecha:	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO			
INFORMACIÓN DEL PRESTADOR (autorizado)		CÓDIGO:	
Nombre:			
Código:		Dirección prestador:	
Teléfono:		Número:	
DATOS DEL PACIENTE			
1er Apellido		2do Apellido	
1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación			
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte ☐ Tarjeta de identidad ☐ Adulto sin identificación ☐ Cédula de ciudadanía ☐ Menor sin identificación ☐ Cédula de extranjería			
		Número documento de identificación	
Dirección de Residencia Habitual:		Fecha de nacimiento	
Departamento:		Teléfono:	
Teléfono celular:		Municipio:	
SERVICIOS AUTORIZADOS			
Atención del Paciente al momento de la solicitud de autorización:			
☐ Consulta Externa ☐ Hospitalización Servicio: _____ Cama: _____ ☐ Urgencias			
Ataque integral según Guía de :			
Código CUPS	Cantidad	Descripción	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
NÚMERO DE SOLICITUD ORIGEN:			
Fecha:			
PAGOS COMPARTIDOS			
Porcentaje del valor de los servicios de esta autorización a pagar por la entidad responsable del pago			
Semanas de afiliación del paciente a la solicitud de la autorización			
Redimio de tickets, bonos o vale de pago			
Recurso del prestador			
☐ Concepto Valor en pesos Porcentaje (%) Valor máximo (límite en pesos)			
☐ Cuota moderadora ☐ Copago ☐ Cuota de recuperación Otro			
INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE AUTORIZA			
Nombre de quien autoriza:		Teléfono:	
Cargo o actividad:		Teléfono celular:	

MP-SSS-VS-6 2008-03-11

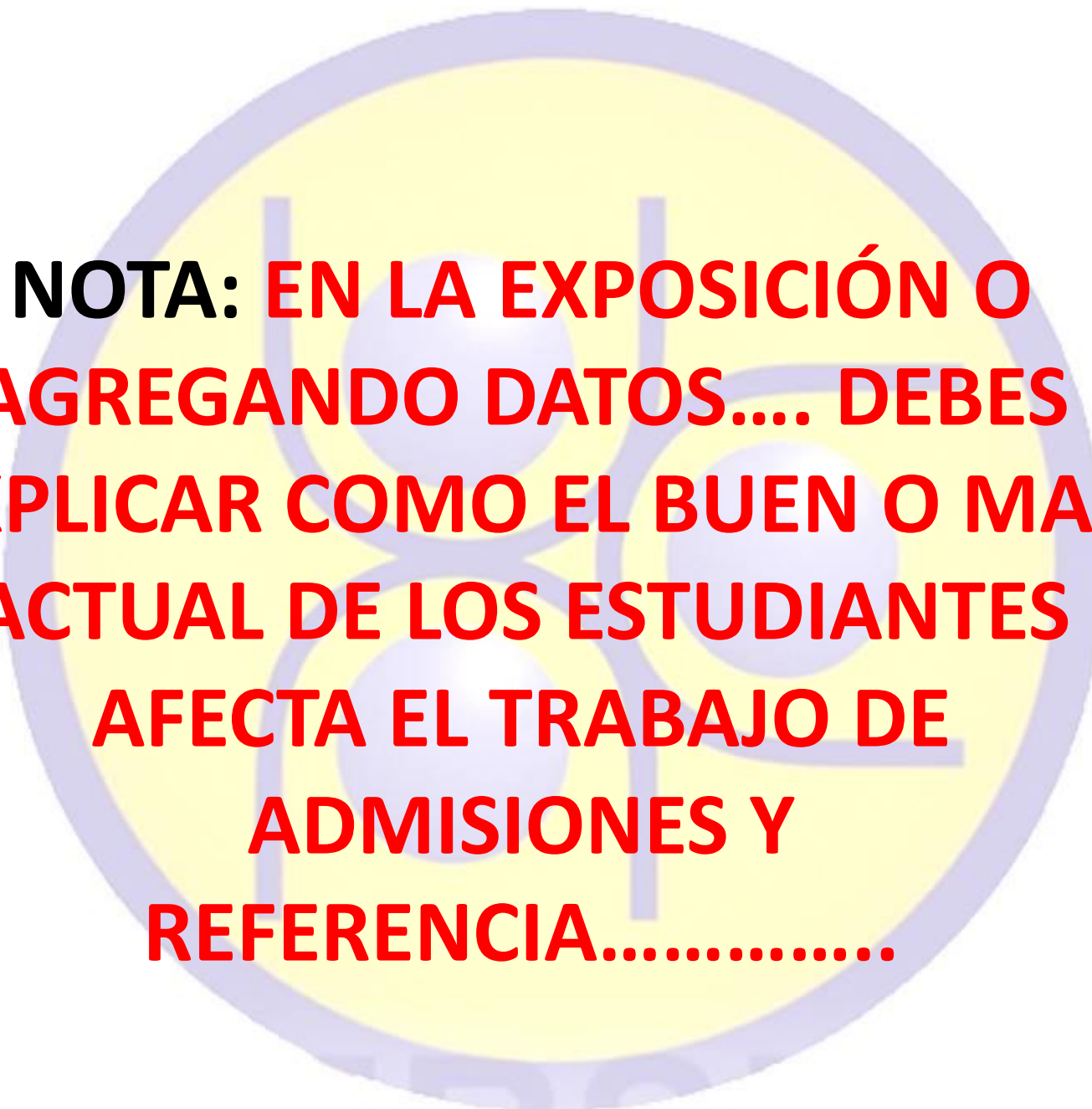
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Conjunto de **procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas** que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la **calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios**, en función de la organización de la red de prestación de servicios definida por la entidad responsable del pago.



FORMATO INSTITUCIONAL REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

		MACROPROCESO: GESTION ASISTENCIAL		Versión:02
		PROCESO:GESTION ASISTENCIAL DEL PACIENTE QUIRURGICO Y NO QUIRURGICO		Fecha: 1/11/11
DOCUMENTO:		FORMATO REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE PACIENTES, MUESTRAS Y ESTUDIOS		Página: 1 de 1
I. DATOS DE LA REFERENCIA				
Fecha:	Día	Mes	Año	Hora de Salida:
Objeto de la Remisión:				
Entidad donde se Remite:				
Remitido al Servicio de:				
Urgencias	Hospitalización	Consulta Externa	Otros Servicios	
Medios de referencia: Ambulancia				
Equipo de referencia:				
Nombre del Conductor:				
Nombre del Médico:				
Nombre(s) del Paramédico(s):				
II. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA				
Fecha:	Día	Mes	Año	Hora:
1. IDENTIFICACION:				
Nombre del Paciente:				
Edad	Sexo	Nacido en:	Precedente:	
EPS, ASES o Esto:				
Regimen:				
Dirección Actual:				
Teléfono:				
Nombre de Familiar o Responsable:				
Teléfono:				
Dirección:				
2. MOTIVO DE CONSULTA:				
3. ENFERMEDAD ACTUAL:				
4. EXAMEN FISICO:				
SIGNOS VITALES: F.R. FC. T/A. Y.				
PESO:				
TALLA:				
APARIENCIA GENERAL:				
EVALUACION DE SISTEMAS:				
Código	N: Normal	A: Anormal		
Cabeza	N: Normal	SNC	MESS	Funciones Cerebrales
Cuello	Abdomen	SNP	MSLL	Reflejos
Ojos	Cardiovascular:		Piel	Linfático
OTOL	Respiratorio		Urogenital	Doc. Fricomotor
DESCRIBA LAS ANORMALIDADES ENCONTRADAS EN LA EVALUACION ANTERIOR:				
5. IMPRESION (ES) DIAGNOSTICA (S)				
6. PLAN:				
FIRMA Y CODIGO DEL MEDICO QUE REMITE:				
III. DATOS DE LA ENTIDAD RECEPTORA				
Nombre de la Entidad:				
Fecha:	Día	Mes	Año	Hora de Ingreso:
Urgencias	Hospitalización	Consulta Externa	Ingreso al Servicio de:	
Otros Servicios:				
Responsable del Ingreso:				
Cargo:	Firma y Código:			
IV. CONTRAREFERENCIA				
Fecha:	Día	Mes	Año	Hora:
Motivo:				
PLAN:				
OTROS:				
Nombre del Médico:				
Firma del Médico:				

A large, faint watermark logo is centered in the background. It consists of a yellow circle with a purple border. Inside the circle is a stylized purple figure that resembles a person with arms and legs spread out, possibly a logo for a university or institution.

**NOTA: EN LA EXPOSICIÓN O
AGREGANDO DATOS.... DEBES
EXPLICAR COMO EL BUEN O MAL
ACTUAL DE LOS ESTUDIANTES
AFECTA EL TRABAJO DE
ADMISIONES Y
REFERENCIA.....**



GRACIAS