

MEDICANN IPS

Formulario de referencia de pacientes

DATOS DEL PACIENTE	
Nombre completo del paciente:	
No. CC:	
Fecha de Nacimiento:	
Edad:	
Dirección completa:	
Municipio:	
Teléfono Fijo:	
No. Celular:	
E-Mail:	
EPS a la que esta afiliado:	
Vinculado/ Beneficiario:	

REMISIÓN AL SERVICIO:	
Consulta ambulatoria y seguimiento:	
Consulta Domiciliaria:	
Cuidados paliativos:	

ANTECEDENTES DEL PACIENTE:	
¿El paciente toma anticoagulantes?	
¿Está la paciente embarazada o tratando de quedar embarazada?	
¿El paciente tiene una enfermedad contagiosa importante? (VIH, Hepatitis, etc.)	
¿El paciente tiene abuso / adicción a sustancias sin tratamiento?	



EL PACIENTE ESTÁ SIENDO TRATADO POR EL MEDICO POR:	
Dolor crónico: iatrogénico, operativo, postraumático	
Condición inmunológica	
Enfermedad neurodegenerativa	
Poliartropatía inflamatoria (artritis reumatoide, gota, otra artritis)	
Cáncer	
Osteoartritis	
Espondiloartropatía	
Fibromialgia	
Dolor neuropático	
Otro _____	
¿El paciente ha sido evaluado por un Especialista en Dolor, Neurólogo, Reumatólogo u Oncólogo?	

ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL	
Ansiedad / Depresión	
PTSD	
Desorden del sueño	
¿El paciente ha sido evaluado por un psiquiatra, un médico / psicoterapeuta o un psicólogo clínico?.	

LISTADO DE MEDICAMENTOS QUE TOMA ACTUALMENTE Y DOSIS



MEDICANN IPS
CENTRO DE CANNABIS MEDICINAL

MEDICAMENTOS PROBADOS PARA LA AFECCIÓN ACTUAL POR LA QUE REMITE	

DATOS DEL MEDICO QUE REMITE	
Nombre completo:	
No. CC:	
No. Tarjeta Profesional	
Medico General/Especialista	
Dirección consultorio:	
Municipio:	
Teléfono Fijo:	
No. Celular:	
E-Mail:	

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA



Empty rectangular box for medical history and scans.

Adjunte cualquier historial médico relevante, todos los escaneos / imágenes pertinentes y cualquier consulta pertinente de otros médicos o especialistas. Los pacientes NO serán vistos sin esta información.