



Hospital
Simón Bolívar

REFERENCIA DE PACIENTES

Código:
GCF-FO-220-001



ALICIA GARCÍA DE SUAREZ
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.C.C.

GESTION CIENTIFICA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Versión: 0

N° de Planilla

Fecha de radicación de la Referencia

DD MM AA

Hora de radicación de la Referencia

Hora Militar

TIPO DE USUARIO

1. Ambulatorio ☐ 2. En Urgencias ☐ 3. Hospitalización ☐

TIPO DE REMISION

1. Electiva ☐ 2. Electiva Prioritaria ☐ 3. Urgencias ☐ 4. Hospitalización ☒

IDENTIFICACION DEL PACIENTE
Primer Nombre Carlton Segundo nombre Amaya Primer Apellido Amaya Segundo Apellido Amaya
Fecha de Nacimiento: Día 22 Mes 10 Año 2002
Edad: Años 14 Meses 02 Días 10 Horas 00 SEXO M
Tipo Documento 1002527873 Identificación 1002527873 TI
Dirección Residencia Colli 160 #113-95
Teléfono 316-4661204 Localidad

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)

Nombre y Apellido Teléfono
Dirección Residencia

AFILIACION SGSSS

Subsidiado ☐ Clasif. Socioec. ☐ Nivel/Categoría Población Especial
Contributivo ☒ Particular ☐ N° Ficha I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección OTRO:
G. Indígena D. Desplazado
Entidad Administradora:

SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha: Día 2 Mes 4 Año 17 Hora Militar 9:30 am Edad gestacional (sem.)
Identificación de Instituciones
Nombre del Procedimiento Solicitado Hospitalización Código Servicio Solicitado CUPS Nombre Punto de Atención Destino inicial Código Punto de Atención Destino Inicial Nombre Punto de Atención Destino Final Código Punto de Atención Destino Final
Nivel de Atención requerido: I Nivel II Nivel III Nivel

Anamnesis

Paciente que presenta episodio de agitación en auto y heteroagresión.
Causas de minimización. Antecedente TBC.

Signos Vitales
TA: 1 mmHg IF: x min FR: x min TC: °C PESO: Kg Glasgow: 15 SAT O2: %

Examen Físico
Examen mental: En su estado, atenta, buen estado de ánimo, ideas de minimización. Causa parental, grupo de trabajo de

Resultados exámenes diagnósticos Toxicos: Negativos.

Nombre del Diagnóstico
1. Trastorno mental y del comportamiento #989 Código CIE10 de Diagnóstico
2. Otro trastorno de ansiedad #913 Código CIE10 de Diagnóstico

Tratamientos y Complicaciones

Risperidona 1mg 0-0-1/2. flexatada 20mg/1ml. 2.5cc-0-0

MOTIVO REFERENCIA

1. SERVICIO NO OFERTADO ☐ 2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL ☐ 3. FALTA DE INSUMOS ☐
5. FALTA DE CAMAS ☐ 6. CESE DE ACTIVIDADES ☐ 7. EMERGENCIA SANITARIA ☐
9. AUSENCIA DE CONVENIO ☒ 10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA ☐ 11. OTRO: Cuál:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA

Nombre Liliana Revollo Profesión psiquiatra Registro 1894/99 Firma

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN)

FECHA DIA MES AÑO Hora Militar Especialidad Cargo
Nombre Funcionario de contacto

CANCELACION DE LA REFERENCIA

FECHA DIA MES AÑO Hora Militar Especialidad Cargo
Nombre

MOTIVO DE CANCELACION

1. FALTA DE PACIENTE ☐ 2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE ☐ 3. DX NO CONCORDANTE ☐ 4. SALIDA VOLUNTARIA ☐
5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR ☐ 6. REMISION NO PERTINENTE ☐ 7. MEJORIA DEL PACIENTE ☐ 8. ALTA DEL PACIENTE ☐
9. AUTORIZACION VENCIDA ☐ 10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE ☐ 11. AUTORIZACION DEL SERVICIO ☐
12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA ☐ 13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA ☐
14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION ☐ 15. OTRO ☐ Cuál: Firma de quien cancela

Liliana Revollo Díaz
Especialista Infantil
C.C. 37.417.649
R.M. 1894/99



Hospital
Simón Bolívar

EVOLUCIÓN

Código: GCF-FO-008



ALCALÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SAUD
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4

1er. APELLIDO

Arzayo,

2do. APELLIDO

NOMBRES

ERIKSON.

SERVICIO

CAMA

IDENTIFICACIÓN

C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUP MS AS D

Nº

FECHA

HORA

IMPORTANTE: Cada anotación debe llevar firma y sello con Registro Médico

01/21/17

12/12/10

Dr. Erickson.

Oleto, con corte: Ofecp de pros
arlio, no idea, de cup 3

heterogénea, sobre ordena
de enfermos

Don: Igual manejo

Dr. Nelson Coutin R.
Médico Psiquiatra
U. El Bosque
R.M. 27-2628 - C.C.H. 798.958

2-03-20 02-04-2017. Psiquiatría Niño.

Edad: 14 años

Exclusión: 7º. Colegio La Reina

Convivencia: Madre, hermano.

Madre: Viviana Harg, 32 años. impulsadora.

Exclusión al niño

HC: "Heda mucha saliva y furo en casa"

EA: Repite que desde hace 4 meses presenta episodios
de rabia y responde de forma inadecuada. Auso
gutar, se torna insultante. Esto le sucede ante
llamado de atención y gestos por su hermano
quien muere. y dice sus defectos y lo que el defa.
de ser. Descuida sus obligaciones

Inicia consumo Tte. desde hace un año,
con todos los días. hasta hace 8 meses. se modera.
dio cuenta. y esto lo motiva a no volver a consu-
mis. En el colegio. logra buen desempeño.

Dice su mamá se pone triste, por su exclusión y
se queda en la casa. y se dio a exclusión.

NOTA: EL CORRECTO CUMPLIMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA
C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
NUP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denunciado



Hospital
Simón Bolívar

EVOLUCIÓN

GESTIÓN CIENTÍFICA

Código: GCF-FO-008

Versión: 4



ALCALÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SAUD
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

1er. APELLIDO

Amaya

2do. APELLIDO

NOMBRES

Carlota

SERVICIO

U109

CAMA

IDENTIFICACIÓN

C.C. T.I. PA. C.E. R.C. NUIP MS AS D
Nº 100252823

FECHA

HORA

IMPORTANTE: Cada anotación debe llevar firma y sello con Registro Médico

2-4-2017

Amaya

amenaza en irse. no tenía un plan.

Hace 6 meses padeció flexotonia por sustos
depresión. manifestado x purpurina. abandono
el tratamiento por no tener EPS.

Antept. Niega. purpurina. Madre en sustos
depresión. a fondo hospitalizaciones.

Examen mental: Emot. Ansiosa. alerta.

orientado a la y al tiempo. afecta
moderado. purpurina. ligeros. colera
reparación. se puede repalde apalco. juicio
debidado. purpurina ansiosa

Af. Sustos ansiosa. reactiva a situaciones.
fuerza de Explic

P/Pri. Evaluación. -appt.

se usará proceso de Revisión. para
de sustos no autoriza hospitalizar

Liliana Revollo Díaz
Psiquiatra Infantil
C.C. 57.417.649
R.M. 1894/99



NOTA: EL CORRECTO CILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil
NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

Hoja 1 de 1

No Autorización	76545867	Fecha Notificación	04/04/2017		
Producto	EPS	Nit	800251440	Código	EPS
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	04/04/2017		

SEÑORES:

800196433 E S E HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Habilitación	172011000001	Teléfono	6732600		
Dirección	CR 7 165-00	Ciudad	BOGOTA D.C.	Departamento	DISTRITO CAPITAL

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	1339158				
Tipo de Identificación	TI	Número	1002527873	Nombre	CRISTIAN CAMILO AMAYA MUÑOZ
Fecha de Nacimiento	22/10/2002	Antigüedad	45 SEMANAS		
Clase Usuario	POS	Nivel de Ingresos	GRUPO A		
Dirección	CARRERA 11 # 21 - 37	Ciudad	DUITAMA	Departamento	BOYACA
Tel. Residencia		Tel. Opcional		Correo electronico	psicoyhon@yahoo.es

REMITENTE

800196433 E S E HOSPITAL SIMON BOLIVAR

Habilitación	172011000001	Teléfono	6732600
--------------	--------------	----------	---------

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F322	Origen	ENFERMEDAD GENERAL
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Cama	
Tipo de Orden Médica		Número de entrega	1
		Tipo de Recobro	

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Cant.	UVR	Teléfono	Tipo de Intervención
1005453	ESTANCIA PSIQUIATRICA	1005453-ESTANCIA PSIQUIATRICA	3	0		

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: RECAUDAR POR CONCEPTO DE COPAGO EL: 11,5% DEL VALOR DE LA FACTURA, DE ACUERDO A LA CATEGORÍA GRUPO AOBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS, EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO, QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA-- OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS***SE AUTORIZA ESTANCIA EN USM POR 3 DÍAS**FI 01/04/17**OBSERVACIÓN: SUJETO A VERIFICACION POR AUDITORIA MEDICA
INFORMACIÓN ADICIONAL: .

CUOTA MODERADORA 0
CANTIDAD BONOS 0
COBERTURA USUARIO

Autorizado Por: LEYDI VIVIANA ALBA GUIO
Cargo: NIVEL 2 (FUNCIONARIO PROFESIONAL EN SALUD)
Telefono: 6466060

Recibido

VALIDO POR 120 Días DESDE 04/04/2017 HASTA 01/08/2017
ORIGINAL