

CLINICA CAMPO ABIERTO
"FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES"
HISTORIA CLINICA N° 80085293

GENERADO: 23/02/2017 12:08

REMITIDO DE	CLINICA CAMPO ABIERTO				
FECHA REMISIÓN	23/02/2017	HORA	12	MINUTO	8
SERVICIO AL CUAL REMITE	PSIQUIATRIA				NIVEL
APELLIDOS	POSOS	NOMBRES	GUILLERMO ANDRES		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80085293	EDAD AÑOS		SEXO	M
ENTIDAD DE AFILIACIÓN	E.P.S. SANITAS				

DATOS DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA: TRAI DO EN TRASLADO PRIMARIO

"ME SIENTO CANSADO, NO HE DORMIDO BIEN" ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE QUE ES REMITIDO DE LUGAR DE TRABAJO EN AMBULANCIA, ES POCO COLABORADOR, MAL INFORMANTE, EL CUAL ACUDE POR CUADRO DE 7 DIAS CONSISTENTE EN ANSIEDAD "ME SIENTO ESTRESADO POR EL TRABAJO, ESTOY CANSADO"INSOMNIO "HACE 3 DIAS NO DUERMO", LOS FAMILIARES COMENTAN QUE LO HA VISTO EUFORICO, CON AUMENTO DE LA ENERGÍA, HACIENDO PLANES Y COMPRANDO COSAS. NO REFIEREN SINTOMAS PSICOTICOS NI IDEAS AUTOLESIVAS.

EL PACIENTE TIENE ANTECEDENTE DE TAB DE LARGA DATA, HA REQUERIDO MULTIPLES HOSPITALIZACIONES, LA ULTIMA FUE EN LA CLINICA EMANUEL HACE 1 MES. EN MANEJO CON DIVALPROATO 500 MG (1-0-2), CLOZAPINA 100 MG (1-1-2), CON ADHERENCIA SEGUN REFIERE EL FAMILIAR.

ANTECEDENTES

ANOTADOS

EXAMEN FÍSICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO

ADECUADO ARREGLO PERSONAL Y AUTOCUIDADO; ANSIOSO, IRRITABLE, POCO INTERES Y COLABORACION CON LA ENTREVISTA, ES DEVALUADOR, RETADOR, ESTABLECE CONTACTO VISUAL CONSTANTE, LENGUAJE ALTISONANTE, FLUIDO, TAQUILALICO, PENSAMIENTO CON ASOCIACION LAXA DE IDEAS, IDEAS DE GRANDEZA, NO VERBALIZA IDEAS AUTOLESIVAS, AFECTO IRRITABLE, SIN ACTIVIDAD ALUCINATORIA APARENTE, CON INQUIETUD MOTORA, POBRE INTROSPECCION.

RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y CONDICIÓN AL EGRESO

PACIENTE CONOCIDO EN LA INSTITUCION EN EL MOMENTO CON TAB, EPISODIO MANIACO SIN SINTOMAS PSICOTICOS, EN EL MOMENTO DEMANDANTE, IRRITABLE, POCA ACEPTACION DE LOS SEÑALAMIENTOS, CON RIESGO DE AGITACIÓN. SE INDICA SEDACION Y SE REMITE PARA MANEJO EN OTRA INSTITUCIÓN.

MOTIVOS REMISIÓN

NO DISPONIBILIDAD DE CAMAS EN OBSERVACION, INDICACION DEL DIRECTOR DE LA CLINICA

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO MÉDICO

NOMBRE NANCY PAOLA TEJADA TRUJILLO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC 1013589966

REGISTRO MÉDICO 0

FIRMA USUARIO

