AAU-202-DE-FT-062

Pagina I de I

Versión 02 Fecha: 2007-03-22

SOLICITUD DE SERVICIOS - REFERENCIA

Fecha de Radicación de la Referencia. TIPO DE REMISION

URGENCIAS

IDENTIFICACION DEL USUARIO Primer Apellido

TIPO DE USUARIO:

Nro de Solicitud, 2PV10-65677

Segundo Apellido

URGENCIAS

Primer Nombre JOSE

Dirección Residencia

Segundo Nombre FLORENCIO

Nro de Verificación:

Sexo Masculino

DIAZ Edad

ΤD

Fecha

54 Año(s)

Dirección Residencia 79258461

Localidad

PERSONA RESPONSABLE (Menor de Edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo Mental, Adulto Mayor, Gestante, Atención Urgente) Nombre(s) y Apellido(s)

Nro Identificación

BOSA

AFILIACION SGSSS

Régimen

CONTRIBUTIVO

Administradora:

EPS FAMISANAR

Identificación de Instituciones

Teléfono:

SOLICITUD DE REFERENCIA

Dia <u>27</u> Mes <u>2</u> Año <u>2017</u>

04:16

Edad Gestacional

0

Nivel de Atención

Código Panto de

Nombre del Procedimiento Solicitado PSIQUIATRIA

Código Servicio Solicitado 0 1 5 8 0

Nombre Punto de Atención Destino Inicial Hospital Pablo VI Bosa

Código Punto de Atención Destino Inicial V 0 Р

Nombre del Punto de Atención Destino Final

Atendiun Destine Fig.

Anamnesis

PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOTICOS DE INTE NTO SUICIDA CON HERIDAS AUTOINFLINGIDAS EN MUÑECAS PRIMER EPISODIO, REFIERI PROBLEMAS PERSONALES QUE NO EXOPRESA EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODIANCIAMENTE SIN AGITACION PSICOMOTORA A TEBRIL EN BUTNACI CONDICIONES GENERALES SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMOTRIA SISTEMICA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. EN BUENA S CONDICIONES GENERALES, S E INDICA CONTINAUR EN HOSPITLIZACION EN ESPERA DE REMISION POR PARTE DE LA EPS PARA VALOACION POR PSIQUIATRIA PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

Examen Físico

PA: 120/80 FC: 78 FR: 19 T: 36° SATO: 90 %

PRESENTE MULTIPELS HERIDAS LINEALES LINGITUDINALES, SUPERFICLAES EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZOS BILATRAL, SIN EVIDNEIA DE LESION VASCULONERVIOSA NI TENDINOSA.

RESTO DE EXMANE FISICO NORMAL.

PSIQUITRICO PACINTE CON DISTMIA, POBRE COMCION VERBAL CON EXAMINADOR, AFECTO PLANO.

Resultados examen diagnóstico

HEMGORAMA LEUCOCITOS 6160 NEUTOFILOS 73.3% HB 13 HTO 40 PLAQUETAS 345000 BUN 11 CREATININA 0.75 GLUCOSA 90 MG DL SEROLOGIA NO REAC TIVA

				<u> </u>									
Nombre del Diagnóstico	Código del Diagnóstico												
OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS	F	3	2	8									
2 :													
13													
7.	·	<u> </u>											

Tratamiento

CATETER HEPARINIZADO

DIETA CORRINETE

ANA|LS|GESIA

Complicaciones

Nombre

AUTOAGRESION

SERVICIO NO OFERTADO

MOTIVO REFERENCIA

DÁTOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA KieCiTincobio

PROFESIONAL GENERAL

Nombre y Apellido del profesional que acepta la remision

Registro

(Para remisiones Urgentes / Hospitalización)



DEPARTAMENTO DE LABORATORIO

Pagina

0.00

100.00

0.00

70.00

mg/dl

Fecha 27/02/2017

Orden No. 1.143.003.00 Historia

79258461

*** QUIMICA ***

GLUCOSA

OBSERVACIONES:

Fecha

Feb 26 2017 DIAZ JOSE

Nombre Telefóno Dirigido a:

Edad 54 año(s) Especificación Unidad Valor de referen Resultado HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO F 902210 0.00 0.00 *** ERITROGRAMA *** 10'6/mm3 0.00 0.004.32 Eritrocitos 0.00 0.00 13 g/dl Hemoglobina 54.00 40.00 40 % Hematocrito 97.00 80.00 92.5 fL Volumen Corpuscular Medio 38.00 31.00 32.5 g/dl Concentracion de Hemoglobina Corpuscular 0.00 0.00 % Ancho de Distribucion Eritrocitaria 13.5 0.00 0.00 *** LEUCOGRAMA *** 10,000.00 4,000.00 /ul 6160 Recuento de Leucocitos 8,000.00 1,500.00 4510 /mm3 Neutrofilos (Absoluto) 4,000.00 1,500.00 /mm3 1260 Linfocitos (Absoluto) 900.00 30.00 /mm3 330 Monocitos (Absoluto) 500.00 /mm3 40.00 50 Eosinofilos (Absoluto) 100.00 /mm30.00 10 Basofilos (Absoluto) 0.00 0.00 *** RECUENTO DIFERENCIAL *** % 50.00 70.00 73.3 Neutrofilos % 20.00 40.00 20.4 Linfocitos % 3.00 8.00 5.4 Monocitos 0.00 5.00 0.8 % **Eosinofilos** 0.00 1.00 0.1 % Basofilos 0.00 0.00 *** PLAQUETAS *** 450,000.00 150,000.00 345000 /u1 Recuento de Plaquetas 0.000.00Volumen Corpuscular Plaquetario 7.9 fL0.00 0.00 15.9 % Ancho de Distribucion Plaquetario **OBSERVACIONES:** NITROGENO UREICO [BUN] 0.00 0.00 *** QUIMICA *** 25.00 5.00 11 mg/dl NITROGENO UREICO (BUN) **OBSERVACIONES:** CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS 0.00 0.00 *** OUIMICA *** 0.00 0.00 **CREATININA** 0.75 **OBSERVACIONES:** SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN 0.00 0.00 *** INFECCIOSAS *** 0.00 0.00 NO REACTIVA SEROLOGIA V.D.R.L. **OBSERVACIONES:** GLUCOSA EN SUERO* LCR U OTRO FLUIDO DIFER

90



DEPARTAMENTO DE LABORATORIO

Pagina

Dirigido a:

Fecha 27/02/2017

Orden No. 1,143.003.00 Historia

Edad

79258461

54 año(s)

Fecha Nombre

Feb 26 2017

Telefóno

DIAZ JOSE

N

Especificación	Resultado	Unidad	Valor de ref	eren
				····
902210 HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA I	HEMATOCRITO F			
*** ERITROGRAMA ***			. 0.00	0.00
Eritrocitos	4.32	10'6/mm3	0.00	0.00
Hemoglobina	13	g/dl	0.00	0.00
Hematocrito	40	%	40.00	54.00
Volumen Corpuscular Medio	92.5	fL	80.00	97.00
Concentracion de Hemoglobina Corpuscular	32.5	g/dl	31.00	38.00
Ancho de Distribucion Eritrocitaria	13.5	%	0.00	0.00
*** LEUCOGRAMA ***			0.00	0.00
Recuento de Leucocitos	6160	/ul	4,000.00	10,000.00
Neutrofilos (Absoluto)	4510	/mm3	1,500.00	8,000.00
Linfocitos (Absoluto)	1260	/mm3	1,500.00	4,000.00
Monocitos (Absoluto)	330	/mm3	30.00	900.00
Eosinofilos (Absoluto)	50	/mm3	40.00	500.00
Basofilos (Absoluto)	10	/mm3	0.00	100.00
*** RECUENTO DIFERENCIAL ***			0.00	0.00
Neutrofilos	73.3	% .	50.00	76.00
Linfocitos	20.4	%	20.00	40.00
Monocitos	5.4	%	3.00	8.00
Eosinofilos	0.8	%	0.00	5.00
Basofilos	0.1	%	0.00	1.00
*** PLAQUETAS ***			0.00	0.00
Recuento de Plaquetas	345000	/ul	150,000.00	450,000.00
Volumen Corpuscular Plaquetario	7.9	fL	0.00	0.00
Ancho de Distribucion Plaquetario	15.9	%	0.00	0.00
OBSERVACIONES:	4			
903856 NITROGENO UREICO [BUN]				
*** QUIMICA ***			0.00	0.00
NITROGENO UREICO (BUN)	11	mg/dl	5.00	25.00
OBSERVACIONES:				
903895 CREATININA EN SUERO U OTROS F	THINGS			
	LUIDUS		0.00	0.00
Quimen	0.75		0.00	0.00
CREATININA OBSERVACIONES:	0.75		0.00	0.00
OBSERVACIONES:				
906916 SEROLOGÍA PRUEBA NO TREPOMI	ENICA VDRL EN		0.00	0.00
*** INFECCIOSAS ***	NO DE ACCESA		0.00	0.00
SEROLOGIA V.D.R.L.	NO REACTIVA		0.00	0.00
OBSERVACIONES:				
903841 GLUCOSA EN SUERO* LCR U OTRO	FLUIDO DIFER		0.00	0.00
*** QUIMICA ***	0.0	, **	0.00	0.00
GLUCOSA ORGEDVA CIONES	90	mg/dl	70.00	100.00
OBSERVACIONES:				



AAU-202-DE-FT-062

Pagina I de I

Versión: 02 Fecha: 2007-03-22

SOLICITUD DE SERVICIOS - REFERENCIA

Fecha de Radicación de la Referencia:

A																				
Nio de Solienna, 2PV	10-65077										N	ro c	ie Vo	erificación	1.					
TIPO DE USUARIO	URGENCIAS						TIPO DE REMISION					_		URGEN	NCIAS					
IDENTIFICACION	DEL USUARIO					-											The second second			
Primer Apellido	Segundo Apellido						er Nombre							do Nombre	:	Se				
DIAZ						108						FL	ORE	ENCIO		Ma	asculino			
				500			cción Residencia													
T. D	C Nro Identificación:			792:	584	46 I	Teléfono:	·							Localidad:	BOSA				1
PERSONA RESPON	SABLE (Menor de Edad, Usuarios con alter	ción del estac	lo de con	cienci	ia, U	suarios c	on retardo Mental, Adulto Mayor, Gesta	nte, Ate	enció	in U	rgen	ate)								
IDENTIFICACION DEL USUARIO Pranct Apellido DIAZ Fdad S4 Añots) 1, D. CC Nro Identificación: PERSONA RESPONSABLE (Menor de Edad, Usuarios con alteración del Nombrets) y Apellidots) AFILIACION SGSSS Regunear CONTRIBUTIVO SOLICITUD DE REFERENCIA						ion Residencia:				Teléfono:										
AFILIACION SGSS	s						About Show and A Company of the Comp													1
Regimen:	CONTRIBUTIVO						Administradora:				EPS	S F/	AMIS	ISANAR						
SOLICITUD DE RE																				
Feelia Dia 27 N	les <u>2</u> Año <u>2017</u>	Hor	1:	04:16			Edad Gestacional:				()				Nivel de Atencion					
										1	denti	ific	ación	n de Instit	uciones					
			G : 1:				N. 1. B 1		Cód	ligo	Punt	to d	le		N . L 115 L		Cć	digo P	into de	
Nembre del Procedimiento Solicitado			Código Servicio Solicitado				Nombre Punto de Atención Destino Inicial			Atención				Nombre del Punto de Atención Destino Final			Atención			
			30110	mado			Destino inicial		Destino Inicial				Destino i mat		Destino Final			,		
PSIQUIATRIA		0	1 (5		8	Hospital Pablo VI Bosa	2	Р	1	, ,	0	1							
					+-			-	H	1	╁	+	-					+-+		<u></u>
			L_L																	1
Anamnesis																				
		TICOC DI	1 I LITER	VICE) C1	HOID	CONTIEDIDAE AUTONIEUN	IOID		CNI	١. (1	15	FC	AC DDI	A CER CRICORIO I	PETER PE	ODLEY	LLC		

PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOTICOS DE INTE NTO SUICIDA CON HERIDAS AUTOINFLINGIDAS EN MUÑECAS PRIMER EPISODIO, REFIERE PROBLEMAS PERSONALES QUE NO EXOPRESA EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODIANCIAMENTE SIN AGITACION PSICOMOTORA AFEBRIL EN BUENAS CONDICIONES GENERALES SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMOTRIA SISTEMICA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, EN BUENA S CONDICIONES GENERALES, S E INDICA CONTINAUR EN HOSPITLIZACION EN ESPERA DE REMISION POR PARTE DE LA EPS PARA VALOACION POR PSIQUIATRIA PACIENTE REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR .

PA: 120/80 FC: 78 FR: 19 T: 36° SATO: 90 % Examen Físico PRESENTE MULTIPELS HERIDAS LINEALES LINGITUDINALES, SUPERFICLAES EN TERCIO DISTAL DE ANTEBRAZOS BILATRAL, SIN EVIDNEIA DE LESION VASCULONERVIOSA NI TENDINOSA. RESTO DE EXMANE FÍSICO NORMAL.

PSIQUITRICO PACINTE CON DISTMIA. POBRE COMCION VERBAL CON EXAMINADOR, AFECTO PLANO.

Resultados exámen diagnóstico

HLMGORAMA LEUCOCITOS 6160 NEUTOFILOS 73.3% HB 13 HTO 40 PLAQUETAS 345000 BUN 11 CREATININA 0.75 GLUCOSA 90 MG DL SEROLOGIA NO REAC TIVA

	Nombre del Diagnóstico	Código del Diagnóstico								
I. OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS			F	3	2	8				
2										
13.										
4.										
Tratamiento						i)				
CATETER HEPARINIZADO						, H				
DIETA CORRINETE						: 1				
ANA}LS}GESIA				#	MMT 444					
Complicaciones										
AUTOAGRESION										
MOTIVO REFERENCIA	SERVICIO NO OFERTADO				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA			**************************************							
Nombre ANDREA DIAZ HINCAPIE	PROFESIONAL GENERAL	Nombre y Apellido del p (Para remisiones Urgento	rofesional que acepta la ren es / Hospitalización)	nisión						
Fina	Registro		report from the contract of th			أجيب				
· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·										

Impresion No: 2

Sur Occidente E.S.E.

AAU-202-DE-FT-062

Pagina I de I Versión: 02

Feeha: 2007-03-22

ALCALDIA MAYOR DE BOODTA, D.C.

SOLICITUD DE SERVICIOS - REFERENCIA

Fecha de Radicación de la Referencia:

Nombre y Apellido del profesional que acepta la remisión (Para remisiones Urgentes / Hospitalización)

vio de Solicitud, 2PV10-65677											N	ro de Verif	leación:				
HPO DE USU	ARIO	URGENCIAS						TIPO I	DE REMISION			Ţ	JRGENCIAS				
DENTIFICACION DEL USUARIO Ferna, Apellido Segundo Apellido JAZ albal St Añots) ED CC Nro Identificación:			79251			Primer Nombre JOSE Dirección Residencia		10:	Segun FLOR			Ciombre CIO Locafidad:	Se M: BOSA	co sculino			
PERSONA RE		lenor de Edad, Usuarios con alteració	in del esta	ado de			, Usua		Mayor, Gestanto	2, Atenci	ión Urgen	te)		Teléfono:			
AFILIACION Regimen	SGSSS	RIBUTIVO						Sand Alamana Alamana alaka	stradora:	<u></u>	EPS	FAMISA	<u></u>	Telefono.		4	
OLICITUD DE REFERENCIA Dia <u>27</u> Ales <u>2</u> Año <u>2017</u>		Но	Hora: 04:16				Edad Gestacional: 0 Nivel de Ateneion								<u> </u>		
	Nombre del	Procedimiento Solicitado		Código So Solicita			,	Nombre Punto de At- Destino Inicial			Identi digo Punt Atención estino Ini	o de	Nombre del Pun Destinc		1	igo Punt Atención	1
PSIQLIATRIA			(1	1	()	5	8	Hospital Pablo VI	Bosa	2 F) 1					
PLRSONA SIGNOS D HOSPITLI Namen Fis PRESENTI NI TENDIN RESTO DE PSIQUITRI RESUITADOS (LES QUE NO E RESPUEST ZACION EN I ico E MULTIPEL EXMANE FI CO PACINTI	S DE EDAD CON DIAGNOTI EXOPRESA EN EL MOMEN A INFLAMOTRIA SISTEMIC ESPERA DE REMISION POR S HERIDAS LINEALES LING ISICO NORMAL. E CON DISTAIIA, POBRE CO SSTICO CITOS 6160 NEUTOFILOS 72	NTO ES CA SIN PARTI PA GITUDI MICIO:	TABI SIGN E DE A: 120 NALI	LE NOS LA ES,	HEM S DE EPS SUP	ODIA DIFI PAR C: 78 ERFI	ANCIAMENTE SIN AGI CULTAD RESPIRATOR A VALOACION POR PS FR: 19 T: 36° SAT CLAES EN TERCIO DIS EXAMINADOR, AFECT	TACION PSION ESION ESI	COMO A S CO PACIE TEBRA	OTORA ONDIC NTE RI	AFEBR IONES EFIERE BILATR	IL EN BUENAS CO GENERALES. S E ENTENDER Y AC AL. SIN EVIDNEIA	ONDICIONES G INDICA CONTI EPTAR . A DE LESION V	ENERALI NAUR EN	ES SI	
			mbre del	Diagnó	stic	o					100000000000000000000000000000000000000		Código d	el Diagnóstico			
ОТІ	ROS EPISODIOS	DEPRESIVOS										F	3	2		8	
																,	
META COI ANA}LS}C	HEPARINIZA RRINETE BESIA	NDO														.10	, ;!
omplicacio								· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	***************************************								

SERVICIO NO OFERTADO

PROFESIONAL GENERAL

Impresion No: 2

MOTIVO REFERENCIA

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA
Nombre ANDREA DIAZ HINCAPIE