

Re: EVOLUCION DE REMISION PTE KAROL JOHANA ESPITIA TI 1000320879

De: referencia@clinicapartenon.com

Enviado: Mon, Apr 3, 2017 a la(s) 10:51

Para: Medico de Turno

esperanza torres.png (41,5 KB)

BUEN DIA

FAMISANAR .. ACTIVO

-----Mensaje original-----

De: "Medico de Turno" <medicodeturno@clinicaretornar.com>

Enviado: Monday, April 3, 2017 10:48

Para: referencia@clinicapartenon.com

Asunto: Re: EVOLUCION DE REMISION PTE KAROL JOHANA ESPITIA TI 1000320879

QUE EPS TIENE Y ESTA ACTIVO?

El 3 de abril de 2017, 10:45, <referencia@clinicapartenon.com> escribió:

BUEN DIA

Envio historia clinica de

KAROL ESPITIA

TI 1000320879

Remision por PSIQUIATRÍA

SE ANEXA REPORTES DE PARACLINICOS Y EKG

Gracias por su colaboracion

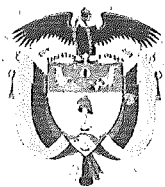
Retomar
Dio Jairo

Immanuel
Dr Mario Pano

CLINICA PARTENON esta comprometida con la conservacion del Ambiente por esta razon antes de imprimir este correo piense bien si es realmente necesario hacerlo.

Este correo electrónico es confidencial y para uso exclusivo de la(s) persona(s) a quien(es) se dirige ya que puede contener informacion privilegiada y reservada de CLINICA PARTENON, Si el lector de esta transmision electronica no es el destinatario, se informa que cualquier distribucion o copia de la misma esta estrictamente prohibida. Por esta razon si ha recibido este correo por error le solicitamos notificar inmediatamente a la persona que lo envio y borrarlo definitivamente.

TECNOLOGIA E INFORMACION



ANEXO TECNICO No. 9

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO DE ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Fecha: 2017-04-01 Hora: 09:17

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	CLINICA PARTENON LTDA			NIT	X	800085486-2
Código	110015453	Dirección prestador:	Cra 77 a No 73-41	CC		
Teléfono	4360411	Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	Bogotá	

DATOS DEL PACIENTE

ESPITIA	PEREZ	KAROL	JOHANA
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1000320879	
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjeria	Fecha de Nacimiento		22/03/2003
Dirección de Residencia Habitual		CLL 70 N 74 A 31 INT 10	Teléfono: 3108521279
Departamento: 11 BOGOTA D.C.		Municipio: 11010 ENGATIVA-10	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO FAMISANAR E.P.S. 2017			CÓDIGO: 830003564-7

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

PEREZ	NO TIENE	DIANA ALEJANDRA	NO TIENE
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1000320879	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjeria			
Dirección de Residencia Habitual		Teléfono: 3016350105	
Departamento:		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	RAFAEL DAVID MORENO RUIZ	Teléfono	-
Servicio que solicita la referen	urgencias	indicativo	numerc
Servicio para el cual se solicita la referenci	psiquiatria	Teléfono celular	-

INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

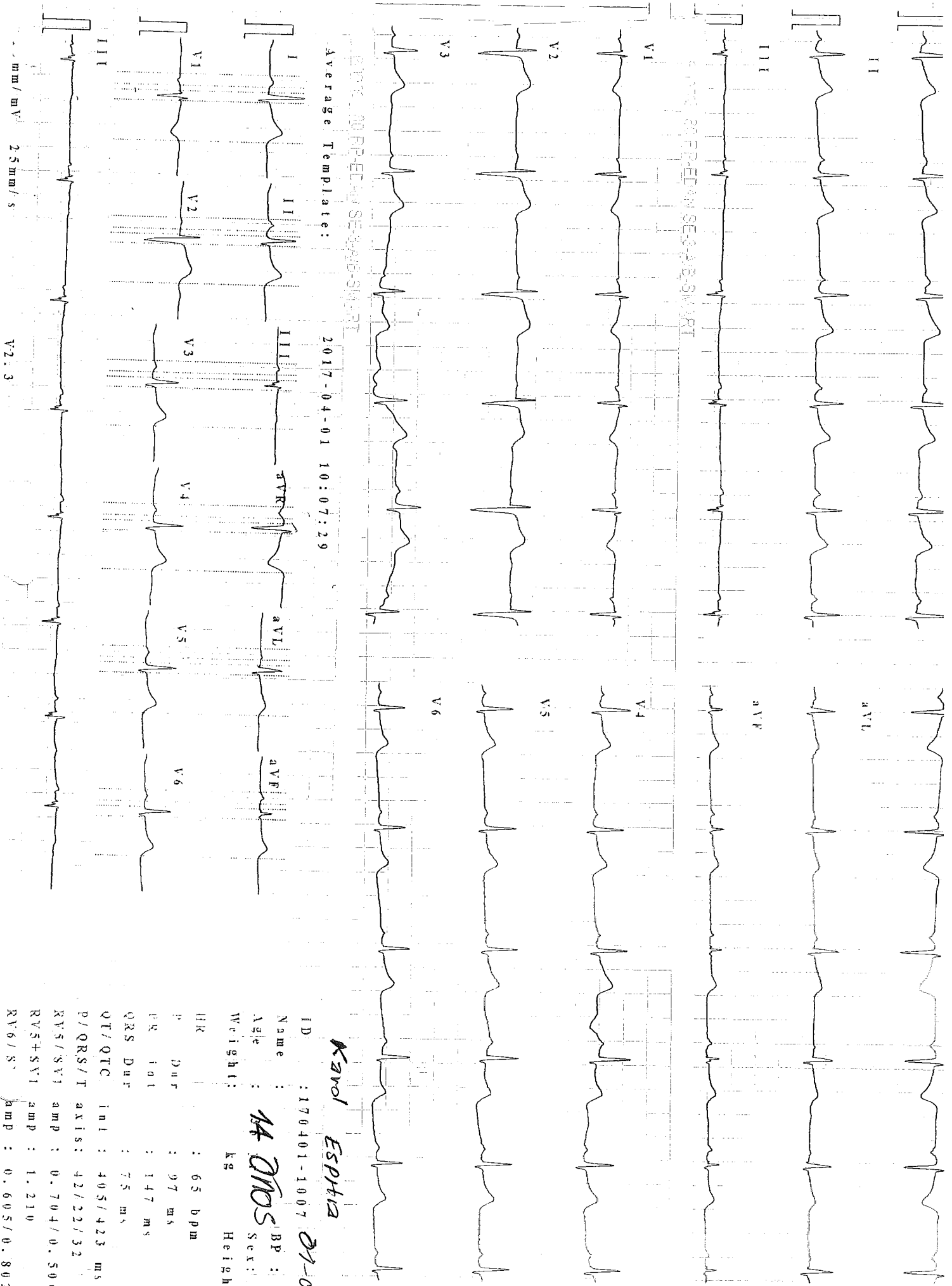
Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, Diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

paciente de 14 años quien el día de ayer presentó episodio sincopal secundario a cambio postural, no asocio dolor torácico no cefalea no movimientos anormales ni relajación de esfínteres, quien al interrogatorio se observa afecto plano, ánimo triste, ideas de minusvalía, labilidad afectiva. hace 4 días se realiza autoagresión con objeto cortante en muñeca derecha cara anterior, refiere ideas de hacerse daño y morir se refiere dificultades académicas ha reprobado materias, y dificultades con su madre.

al examen físico paciente en buen estado general, durante su estancia hospitalaria ha presentado estabilidad hemodinámica tolera vía oral no dificultad para respirar no sirs, no déficit neurológico, se considera paciente con trastorno depresivo con intento suicida, motivo por el cual se considera necesario valoración por psiquiatría signos vitales ta 97/48 fc 55 fr 16 t 36.5 glasgow 15/15 sat o2 93% ambiente

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Rafael David Moreno Ruiz
Medico General
C.C. 2392422
Unidad de Referencia y Consulta



Average Template: 2017-04-01 10:07:29

Karel ESPRITA

ID : 170401-1007 01-04-1

Name : AA ANOS BP :

Age : Sex : Fem

Weight : kg Height :

HR : 65 bpm

P Dur : 97 ms

PR int : 147 ms

QRS Dur : 75 ms

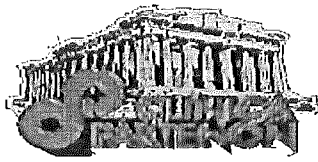
QT/QTc int : 405/423 ms

P/QRS/T axis: 42/22/32

RV5/SV1 amp : 0.794/0.506 mV

RV5+SV1 amp : 1.210 mV

RV6/S amp : 0.605/0.802 mV



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO: 2503-1038644

Paciente: KAROL JOHANA ESPITIA PEREZ

Edad: 14 Años

Género: Femenino

Medico: Medico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2017-04-01 10:48

Servicio: OBSERV ADULTOS

No ORDEN: 201704016527

Historia: 1000320879

Teléfono: 3108521279

Fecha de impresion: 2017-04-01 11:19

Cama: OBSERVACION

Examen	Intervalo Biológico de Referencia
--------	-----------------------------------

BIOQUIMICA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

Resultado:	86.0 mg/dl	60.0 - 100.0
------------	------------	--------------

METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA

SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Resultado:	141.10 mmol/L	* 131.00 - 141.00
------------	---------------	-------------------

Unidades de reporte: meq/L es equivalente a mmol/L.
Se Sugiere correlación con Historia y Clínica del Paciente.

METODO: ION SELECTIVO

POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Resultado:	4.03 mmol/L	3.30 - 4.60
------------	-------------	-------------

Unidades de reporte: meq/L es equivalente a mmol/L.

METODO: ION SELECTIVO

CLORO

Resultado:	102.0 mmol/L	98.0 - 107.0
------------	--------------	--------------

Unidades de reporte: meq/L es equivalente a mmol/L.

METODO: ION SELECTIVO

Bacteriólogo: CIELO ANDREA ALFONSO TUNJANO. Tp: 52977617

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA III

RECuento DE LEUCOCITOS	6.92 x10 ³ /uL	5.10 - 9.70
------------------------	---------------------------	-------------

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

NEUTROFILOS %	60.80 %	36.70 - 64.17
---------------	---------	---------------

LINFOCITOS %	31.20 %	21.20 - 39.76
--------------	---------	---------------

MONOCITOS %	5.50 %	4.05 - 12.80
-------------	--------	--------------

EOSINOFILOS %	2.20 %	1.00 - 3.90
---------------	--------	-------------

BASOFILOS %	0.30 %	0.01 - 1.00
-------------	--------	-------------

NEUTROFILOS Abs	4.21 x10 ³ /uL	1.40 - 6.50
-----------------	---------------------------	-------------

LINFOCITOS Abs	2.16 x10 ³ /uL	1.20 - 3.40
----------------	---------------------------	-------------

MONOCITOS Abs	0.38 x10 ³ /uL	0.00 - 0.70
---------------	---------------------------	-------------

EOSINOFILOS Abs	0.15 x10 ³ /uL	0.00 - 0.70
-----------------	---------------------------	-------------

BASOFILOS Abs	0.02 x10 ³ /uL	0.00 - 0.20
---------------	---------------------------	-------------

RECuento DE ERITROCITOS	5.04 x10 ⁶ /uL	* 3.86 - 4.50
-------------------------	---------------------------	---------------

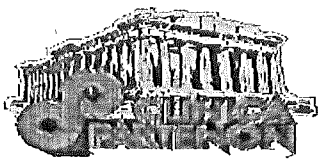
METODO: LASER SEMICONDUCTOR

HEMATOCRITO	42.6 %	38.0 - 47.0
-------------	--------	-------------

HEMOGLOBINA	14.80 g/dl	12.00 - 15.50
-------------	------------	---------------

ESPITIA PEREZ KAROL JOHANA Orden: 201704016527

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

Examen	Intervalo Biológico de Referencia	
<u>HEMATOLOGIA</u>		
MCV	84.5 fl	80.0 - 100.0
MCH	29.4 pg	27.0 - 34.0
MCHC	34.7 g/dl	31.5 - 35.0
RDW	12.40 %	11.00 - 15.00
RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	304 x10^3/uL	150 - 450
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		
MPV	9.4 fl	6.4 - 13.0
RECuento DIFERENCIAL MANUAL	-	

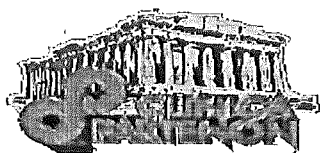
Bacteriólogo: CIELO ANDREA ALFONSO TUNJANO. Tp: 52977617

ESPITIA PEREZ KAROL JOHANA Orden: 201704016527

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.

KR 77A No. 73A - 10 Bogotá D.C. Tel: 4306767

Exámenes Procesados por Compensar



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO: 2503-1038644

Paciente: KAROL JOHANA ESPITIA PEREZ

Edad: 14 Años

Género: Femenino

Medico: Medico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2017-04-01 10:48

Servicio: OBSERV ADULTOS

No ORDEN: 201704016527

Historia: 1000320879

Teléfono: 3108521279

Fecha de impresion: 2017-04-01 11:19

Cama: OBSERVACION

Examen

Intervalo Biológico de Referencia

BIOQUIMICA

GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A
ORINA

Resultado:	86.0 mg/dl	60.0 - 100.0
METODO: GLUCOSA HEXOQUINASA		

SODIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Resultado:	141.10 mmol/L	* 131.00 - 141.00
------------	---------------	-------------------

Unidades de reporte: meq/L es equivalente a mmol/L.
Se Sugiere correlación con Historia y Clínica del Paciente.

METODO: ION SELECTIVO

POTASIO EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Resultado:	4.03 mmol/L	3.30 - 4.60
------------	-------------	-------------

Unidades de reporte: meq/L es equivalente a mmol/L.

METODO: ION SELECTIVO

CLORO

Resultado:	102.0 mmol/L	98.0 - 107.0
------------	--------------	--------------

Unidades de reporte: meq/L es equivalente a mmol/L.

METODO: ION SELECTIVO

Bacteriólogo: CIELO ANDREA ALFONSO TUNJANO. Tp: 52977617

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA III

RECuento DE LEUCOCITOS	6.92 x10 ³ /uL	5.10 - 9.70
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		

NEUTROFILOS %	60.80 %	36.70 - 64.17
---------------	---------	---------------

LINFOCITOS %	31.20 %	21.20 - 39.76
--------------	---------	---------------

MONOCITOS %	5.50 %	4.05 - 12.80
-------------	--------	--------------

EOSINOFILOS %	2.20 %	1.00 - 3.90
---------------	--------	-------------

BASOFILOS %	0.30 %	0.01 - 1.00
-------------	--------	-------------

NEUTROFILOS Abs	4.21 x10 ³ /uL	1.40 - 6.50
-----------------	---------------------------	-------------

LINFOCITOS Abs	2.16 x10 ³ /uL	1.20 - 3.40
----------------	---------------------------	-------------

MONOCITOS Abs	0.38 x10 ³ /uL	0.00 - 0.70
---------------	---------------------------	-------------

EOSINOFILOS Abs	0.15 x10 ³ /uL	0.00 - 0.70
-----------------	---------------------------	-------------

BASOFILOS Abs	0.02 x10 ³ /uL	0.00 - 0.20
---------------	---------------------------	-------------

RECuento DE ERITROCITOS	5.04 x10 ⁶ /uL	* 3.86 - 4.50
-------------------------	---------------------------	---------------

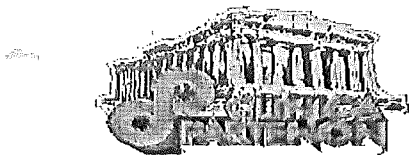
METODO: LASER SEMICONDUCTOR

HEMATOCRITO	42.6 %	38.0 - 47.0
-------------	--------	-------------

HEMOGLOBINA	14.80 g/dl	12.00 - 15.50
-------------	------------	---------------

ESPITIA PEREZ KAROL JOHANA Orden: 201704016527

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por él y cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.



RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO: 2503-1038566

Paciente: KAROL JOHANA ESPITIA PEREZ

Edad: 14 Años

Género: Femenino

Medico: Medico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2017-03-31 19:05

Servicio: URGENCIAS ADULTOS

No ORDEN: 201703316735

Historia: 1000320879

Teléfono: 3108521279

Fecha de impresion: 2017-03-31 20:02

Cama: CONSULTORIO

Examen

Intervalo Biológico de Referencia

ENDOCRINOLOGIA

GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA SEMI
O AUTOMATIZADO

Resultado:

<0.100 mU/ml

0.00 - 1.00

No Embarazo: Menor de 1.0 mUI/ml
Premenopausia: Menor de 1.0 mUI/ml
Postmenopausia: Menor de 7.0 mUI/ml
Embarazo: Mayor de 5.0 mUI/ml
En Gestación:
3 Semanas: 5.8-71.2 mUI/ml
4 Semanas: 9.5-750 mUI/ml
5 Semanas: 217-7138 mUI/ml
6-7 Semanas: 158-163563 mUI/ml
8-12 Semanas: 32065-210612 mUI/ml
14 Semanas: 13950-62530 mUI/ml
15 Semanas: 12039-70971 mUI/ml
16 Semanas: 9040-56451 mUI/ml
17 Semanas: 8175-55868 mUI/ml
18 Semanas: 8099-58176 mUI/ml
Sujeto a Interpretación Médica.

METODO: ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

Bacteriólogo: LILIANA PUENTES VARGAS. Tpx: 52712209

ESPITIA PEREZ KAROL JOHANA Orden: 201703316735

El Paciente se obliga a entregar estos resultados a su médico tratante y este debe verificar que los anteriores fueron la totalidad de los exámenes solicitados por el paciente, cubiertos por el plan de beneficios al que se encuentra afiliado el paciente.



Referencia Clinicapartenon <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

REMISIÓN DE KAROL ESPITIA TI 1000320879

Referencia Clínica Partenón <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

2 de abril de 2017, 15:24

Para: Referencia Familiar 2015 <referencia2015@famisanar.com.co>, Sandra Milena Triana Ramirez <striana@famisanar.com.co>, Alba Carolina Ayala Quintana <aayalaq@famisanar.com.co>, CAMPO VICTORIA <cisnecampovictoria@hotmail.com>, Referencia y Contrareferencia Clínica Retornar <referenciaycontrareferencia@clinicaretornar.com>

BUEN DIA

Envio historia clinica de

KAROL ESPITIA
TI 1000320879
Remision por PSIQUIATRÍA

Gracias por su colaboracion

ESPERANZA TORRES

Auxiliar de Referencia
CLÍNICA PARTENÓN LTDA.
Calle 74 N° 76-65
Teléfono: 4306767 Ext. 219 - 133
Celular: 3103097645

CLINICA PARTENON esta comprometida con la conservación del Ambiente por esta razón antes de imprimir este correo piense bien si es realmente necesario hacerlo.

Este correo electrónico es confidencial y para uso exclusivo de la(s) persona(s) a quien(es) se dirige ya que puede contener información privilegiada y reservada de CLINICA PARTENON, Si el lector de esta transmisión electrónica no es el destinatario, se informa que cualquier distribución o copia de la misma esta estrictamente prohibida. Por esta razón si ha recibido este correo por error le solicitamos notificar inmediatamente a la persona que lo envió y borrarlo definitivamente.

TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

[El texto citado está oculto]

 **EVO KAROL.pdf**
80K



Referencia Clinicapartenon <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

REMISIÓN DE KAROL ESPITIA TI 1000320879

1 de abril de 2017, 12:20

Referencia Clínica Partenón <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

Para: Referencia Familiar 2015 <referencia2015@famisanar.com.co>, Sandra Milena Triana Ramirez <striana@famisanar.com.co>, Alba Carolina Ayala Quintana <aayalaq@famisanar.com.co>, CAMPO VICTORIA <cisnecampovictoria@hotmail.com>, Referencia y Contrareferencia Clínica Retornar <referenciaycontrareferencia@clinicaretornar.com>, "referencia_contraref@cllapaz.com.co" <referencia_contraref@cllapaz.com.co>

BUEN DIA

Envio historia clinica de

KAROL ESPITIA
TI 1000320879
Remision por PSIQUIATRÍA

Gracias por su colaboracion


ESPERANZA TORRES*Auxiliar de Referencia***CLÍNICA PARTENÓN LTDA.****Calle 74 N° 76-65****Teléfono: 4306767 Ext. 219 - 133****Celular: 3103097645**

CLINICA PARTENON esta comprometida con la conservación del Ambiente por esta razón antes de imprimir este correo piense bien si es realmente necesario hacerlo.

Este correo electrónico es confidencial y para uso exclusivo de la(s) persona(s) a quien(es) se dirige ya que puede contener información privilegiada y reservada de CLINICA PARTENON. Si el lector de esta transmisión electrónica no es el destinatario, se informa que cualquier distribución o copia de la misma esta estrictamente prohibida. Por esta razón si ha recibido este correo por error le solicitamos notificar inmediatamente a la persona que lo envió y borrarlo definitivamente.

TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

[El texto citado está oculto]

2 archivos adjuntos **escaneo0011.pdf**
331K **EVO KAROL.pdf**
85K



Referencia Clinicapartenon <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

REMISIÓN DE KAROL ESPITIA TI 1000320879

1 mensaje

Referencia Clínica Partenón <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

31 de marzo de 2017, 22:31

Para: CENTRAL PRESTADOR <CENTRALPRESTADOR@aseguramientosalud.com>, ANGELICA MARIA PENA
HERNANDEZ <AMPENAH@aseguramientosalud.com>, "CNSP: Referencia y contrareferencia"
<referencia_contraref@cllapaz.com.co>

Buenas noches

Envio historia clinica de
KAROL ESPITIA TI 1000320879
para inicio de proceso de remision por PSIQUIATRÍA

Gracias por su colaboracion

JOHANNA GUTIERREZ**Auxiliar de Referencia****CLÍNICA PARTENÓN LTDA.****Calle 74 N° 76-65****Teléfono: 4306767 Ext. 219 - 133****Celular: 3103097645**

CLINICA PARTENON esta comprometida con la conservación del Ambiente por esta razón antes de imprimir este correo piense bien si es realmente necesario hacerlo.

Este correo electrónico es confidencial y para uso exclusivo de la(s) persona(s) a quien(es) se dirige ya que puede contener información privilegiada y reservada de CLINICA PARTENON, Si el lector de esta transmisión electrónica no es el destinatario, se informa que cualquier distribución o copia de la misma esta estrictamente prohibida. Por esta razón si ha recibido este correo por error le solicitamos notificar inmediatamente a la persona que lo envió y borrarlo definitivamente.

TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

2 archivos adjuntos**escaneo0003.pdf**
330K**REMISION DE KAROL.pdf**
84K



ANEXO TECNICO No. 9

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL FORMATO DE ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Fecha: **2017-03-31** Hora: **22:15**

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	800085486-2
CLINICA PARTENON LTDA				CC		
Código	110015453	Dirección prestador:	Cra 77 a No 73-41			
Teléfono	4360411	Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	Bogotá	

DATOS DEL PACIENTE

ESPITIA	PEREZ	KAROL	JOHANA
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1000320879	
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjería	Fecha de Nacimiento		22/03/2003
Dirección de Residencia Habitual		CLL 70 N 74 A 31 INT 10	Teléfono: 3108521279
Departamento: 11 BOGOTA D.C.		Municipio: 11010 ENGATIVA-10	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		COMPENSAR 2017	CÓDIGO: 860066942-7

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

PEREZ	NO TIENE	NINI	JOHANA
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	52911049	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjería			
Dirección de Residencia Habitual		Teléfono: 3118042665	
Departamento: 11 BOGOTA D.C.		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:				Teléfono	-		
ROBERTO GALOFRE HERRERA				indicativo	numerc	extensión	
Servicio que solicita la referen				URGENCIAS	Teléfono celular	-	
Servicio para el cual se solicita la referen				UNIDAD SALUD MENTAL - PSIQUIATRA			

INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, Diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

PCTE CON TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO QUE INICIO HACE +/- 3 MESES ASOCIADO A TRISTEZA, LLANTO FACIL, GANAS DE NO HACER NADA CON IDEAS DE MUERTE LA CUAL REALIZO INTENTO HACE 4 DIAS CON HERIDAS EN MUÑECA IZQUIERDA AL EXAMEN FISICO PCTE CON INTROSPECCION NULA, CON PERSISTENCIA DE IDEACIONES DE MUERTE, ASPECTO PLANO POCO COLABORADORA AL INTERROGATORIO SE EVIDENCIA MALA REALACION CON MADRE. ADEMAS REFIERE INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, POR LO QUE SE CONSIDERA VALORACION URGENTE POR PSIQUIATRA Y REMISION A UNIDAD SALUD MENTAL

DX: TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO + INTENTO SUICIDA

Dr. Roberto Galofre
Médico General
RM 70685 - 8

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

[Firma manuscrita]
316317
22/18



Epicrisis

1000320879

HOS-F-011 V.1



1000320879

Apellidos: **ESPITIA PEREZ** Nombres: **KAROL JOHANA**
Fecha de ingreso: 31/03/2017 6:01 Fecha de egreso: 03/04/2017 19:26 Ing: 2 Habitación: 0
Tipo documento: TI No. doc. identidad: 1000320879 Fecha naci.: 22/03/2003 Edad: 14 A Sexo: F
Estado civil: MENOR DE EDAD Ocupación: ESTUDIANTE
Dirección de residencia: CLL 70 N 74 A 31 INT 10 Teléfono: 3108521279 Municipio: ENGATIVA-10
Entidad: FAMISANAR E.P.S. Tipo. Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: A
Origen del Evento: Enfermedad general No autorización: 30308608
Servicio de Ingreso: TRIAGE Servicio de Egreso: URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

LA TRAIGO POR QUE PERDIO LA CONCIENCIA

ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUE SE ENCONTRABA EN EL COLEGIO Y PRESENTA PERDIDA DE LA CONCIENCIA, EPISODIO QUE SE PRESENTO A LAS 16 HORA, INGRESA LA PACIENTE EN CAMILLA TRAIDA POR LA TIA. NO SE TIENE MUCHA INFORMACION DE LO SUCEDIDO

ANTECEDENTES

Antecedentes : 31-MAR-2017

Antecedentes personales: NIEGA

ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 120 TA Diastólica= 80 FC= 80 FR= 18 Temperatura= 36.6

- Glasgow= 15

SPO2 = 96%

REVISION POR SISTEMAS

Sistema Nervioso: Niega síntomas

Organos de los Sentidos: Niega síntomas

Sistema Cardio respiratorio: Niega síntomas

Sistema Gastrointestinal: Niega síntomas

Sistema GenitoUrinario: Niega síntomas

Sistema Osteomuscular: Niega síntomas

Trastornos endocrinos y metabólicos: Niega síntomas

Piel y anexos: Niega síntomas

EXAMEN FISICO

Estado general: B. BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Normal clínicamente

Cuello: Normal clínicamente

Torax y pulmones: Normal clínicamente

Cardiovascular: Normal clínicamente

Abdomen: Normal clínicamente

Genitourinario: Normal clínicamente

Osteomuscular: Normal clínicamente

Neurológico: NO FOCALIZADO, INGRESA SOMNOLIENTA, POCA RESPUESTA A ESTIMULOS PERO LOGRA DESPERTARSE CON DOLOR

Piel y faneras: Normal clínicamente

Marcha: NO VALORABLE

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

1. R55X SINCOPE Y COLAPSO

Tipo: 3 Confirmado repetido

APOYOS DIAGNOSTICOS NO POS

MEDICAMENTOS NO POS



Epicrisis

1000320879



1000320879

Apellidos: ESPITIA PEREZ		Nombres: KAROL JOHANA	
Fecha de ingreso: 31/03/2017 6:01:	Fecha de egreso: 03/04/2017 19:26	Ing: 2	Habitación: 0
Tipo documento: TI	No. doc. identidad: 1000320879	Fecha nacim.: 22/03/2003	Edad: 14 A Sexo: F
Estado civil: MENOR DE EDAD		Ocupacion: ESTUDIANTE	
Dirección de residencia: CLL 70 N 74 A 31 INT 10		Teléfono: 3108521279	Municipio: ENGATIVA-10
Entidad: FAMISANAR E.P.S.		Tipo. Afiliado: Beneficiario	Categoría / Estrato: A
Origen del Evento: Enfermedad general		No autorización: 30308608	
Servicio de Ingreso: TRIAGE		Servicio de Egreso: URGENCIAS	

MATERIALES E INSUMOS NO POS

** EVOLUCION CRONOLOGICA - PROCEDIMIENTOS (Indicación y Resultados)

PACIENTE QUE SE ENCONTRABA EN EL COLEGIO Y PRESENTA PERDIDA DE LA CONCIENCIA , EPISODIO QUE SE PRESENTO A LAS 16 HORA , INGRESA LA PACIENTE EN CAMILLA TRAIDA POR LA TIA . NO SE TIENE MUCHA INFORMACION DE LO SUCEDIDO

PACIENTE QUE SE PASA A SALAS DE REANIMACION SE MONITORIZA Y TOMA SIGNOS VITALES , PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SE TOMA GLUCOMETRIA CON VALOR EN 108 MG DL , SE DESPIERTA A LOS CINCO MINUTOS DE LA VALORACION , PACIENTE QUE REFIERE SINTOMAS PRODROMICOS DADOS POR MAREO Y NAUSEAS , ES ELPRIMER EPISODIO QUE OCURRE . NIEGA PROBLEMAS FAMILIARES PROBLEMAS ACADEMICOS UNICAMENTE

PACIENTE CN CUADRO DE SINCOPE VS EPISODIO CONVERSIVO
PLAN

SS GRAVINDE

NUEVA VALORACION CON RESULTADOS

31-MAR-2017: PCTE CON MULTIPLES PROBLEMAS PERSONALES ASOCIDO A TRISTESA LLANTO FACIL, CON IDEACION SUICIDA E INTENTO HACE 4 DIA CON HERIDAS EN MUÑECA IZQUIERDA, AL MOEMNTO CON FACIE PLANA, INTROSPECCION NULA, GANAS DE HACERSE DAÑO, REFIERE MADRE QUE INICIO CONSUMO DE SUSTANCIAS HACE 1 SEMANA POR LO QUE SE CONSIDERA DEJAR HOSPITALIZADA Y REMITIR PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA

DX:: TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO
INTENTO SUICIDA

1. HOSPITALIZAR OBSERVACION
2. REMISION POR PSIQUIATRIA
3. ACOMPAÑANTE PERMANENTE

1-APR-2017: pacietne de 14 años con cuadro de inconvenientes academicos con signos de trastorno depresivo con signos de autoagresion en el momento con estabilidad hemodinamica no sirs tolera via oral no dificultad para respirar no signos de irritaicon peritoneal. no defciti neurologico sin presentar nueva ideacion de autoagresion, pacietne con cuadro sincopal despues de cambio postural previamente disgustada por mal rendimiento escolar, con signos de trastorno depresivo, en el momento pacinet estable, se encuentra en remision para valoracion por psiquiatria. de momento se decide continuar con igual manejo medico se solicita paraclinicos para estudio de episodio sincopal

plan
dieta normal
cateter
ss hemograma glucosa electrolitos, ekg
ccsv ac

1-APR-2017: paciente de 14 años con diagnosticos descritos en el momento con evolucion clincia estable sin sirs, sin deficit neurologico con estabilidad hemodinacmai tolera via oral no dificultad para respirar no signos de irritacion peritoneal
paraclinicos solicitados en parametros normales

paciente actualment en tramite de remision para valoraicon por psiquiatria por cuadro depresivo asociadoa a autoagresion. de momento se continua igual manejo medico

plan
igual manejo medico

2-APR-2017: Paciente que presentó síncope, asociado se encuentran síntomas depresivos asociados a intentos suicidas por lo cual se hospitaliza, actualmente en buenas condiciones generales, colaboradora, estable hemodinamicamente sin alteraciones en el examen mental. Pendiente valoración y remisión por servicio de Psiquiatria.

Plan
1. Remisión valoración psiquiatria
2-APR-2017: PARACLINICOS 01/04/17

03/04/2017 19:23:02



Epicrisis

1000320879



1000320879

Apellidos: **ESPITIA PEREZ** Nombres: **KAROL JOHANA**
Fecha de ingreso: 31/03/2017 6:01: Fecha de egreso: 03/04/2017 19:26 Ing: 2 Habitación: 0
Tipo documento: TI No. doc. identidad: 1000320879 Fecha naci.: 22/03/2003 Edad: 14 A Sexo: F
Estado civil: MENOR DE EDAD Ocupación: ESTUDIANTE
Dirección de residencia: CLL 70 N 74 A 31 INT 10 Teléfono: 3108521279 Municipio: ENGATIVA-10
Entidad: **FAMISANAR E.P.S.** Tipo Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: A
Origen del Evento: Enfermedad general No autorización: 30308608
Servicio de Ingreso: TRIAGE Servicio de Egreso: URGENCIAS

GLUCOSA 86 NA 141 K 4.03 CL 102 HB 14.8 HTC 42.6 VCM 84 LEU 6920 NEU 60% LI 31% PLT 304000
BHCG CUANTITATIVA <0.1

ANALISIS

Paciente en el momento hemodinámicamente estable sin deterioro neurológico no de patrón respiratorio sin alteración de estado de conciencia ni alertamiento sin respuesta inflamatoria sistémica
Paciente con cuadro sincopal de ingreso con normalidad en paraclínicos se interroga con inconvenientes escolares en rendimiento y signos de trastorno depresivo ánimo embotado. AL momento del examen físico sin actitud heteroagresiva ni autolesiva.
e encuentra pendiente valoración por servicio de psiquiatría vs remisión para definir egreso.
Se explica a la paciente y la madre las cuales refieren entender y aceptar

PLAN

- Observación
- Dieta normal
- Control de signos vitales
- Remisión vs Valoración por psiquiatría

3-APR-2017: paciente en compañía del padre, en el momento evolución estable actualmente asintomática
al examen físico aparece en buen estado general no signos de estabilidad hemodinámica tolera vía oral no dificultad para respirar no signos de irritación peritoneal

paciente con trastorno depresivo con modulaciones e síntomas dado mejoría de estado de ánimo
tiene pendiente valoración por psicología para definir egreso vs remisión por psiquiatría

plan
dieta normal
catéter
csv ac

3-APR-2017: Paciente femenina de 14 años que ingresa por síncope vasovagal, adicionalmente con gestos suicidas y síntomas que sugieren trastorno depresivo. Examen físico dentro de límites normales. Estable hemodinámicamente sin signos de respuesta inflamatoria sistémica. Pendiente valoración por psicología para definir conductas adicionales. SE habla con padre, se explica conducta a seguir, refiere entender y aceptar.

Plan
Dieta normal
Catéter heparinizado
Acompañante permanente
Pendiente valoración por Psicología

3-APR-2017: neurología.
Informante: Paciente y padre.
Se realiza valoración por neurología por no disponibilidad de Pediatra ni neuropsiquiatra en nuestra institución.

Paciente refiere presencia de episodio de pérdida de la conciencia de corta duración, con recuperación y completa de la misma, asociada con pérdida del tono postural, ojos cerrados, sin movimientos o posturas anormales, sin traumatismo lingual.
1 semana antes presencia de gestos de autoagresión (" intento cortarse las venas")

Antecedentes patológicos: depresión-. qx: negativo. Alergia: negativo.

alerta, orientada en tiempo, persona y espacio,. lenguaje fluido, comprende, nombra y repite, juicio y abstracción conservados.
PC sin alteración.
motor fuerza 5/5 y rmt ++/+++ en las 4 extremidades.
No rigidez nuchal.

Paciente de 14 años de edad consulta por síncope y gesto suicida, requiere valoración por servicio de psiquiatría por presencia de gesto suicida, examen neurológico normal.
Explico al padre la conducta a seguir, refiere entender y aceptar.

3-APR-2017: paciente conocida por el servicio en el momento hemodinámicamente estable sin deterioro neurológico ni de patrón respiratorio sin alteración del estado de conciencia sin respuesta inflamatoria sistémica
valorada por neurología quien descarta organicidad pendiente valoración por psicología.



Epicrisis

1000320879



1000320879

Apellidos: ESPITIA PEREZ		Nombres: KAROL JOHANA	
Fecha de ingreso: 31/03/2017 6:01:	Fecha de egreso: 03/04/2017 19:26	Ing: 2	Habitación: 0
Tipo documento: TI	No. doc. identidad: 1000320879	Fecha nacim. 22/03/2003	Edad: 14 A Sexo: F
Estado civil: MENOR DE EDAD		Ocupacion: ESTUDIANTE	
Dirección de residencia: CLL 70 N 74 A 31 INT 10		Teléfono: 3108521279	Municipio: ENGATIVA-10
Entidad: FAMISANAR E.P.S.		Tipo.Afiliado: Beneficiario	Categoría / Estrato: A
Origen del Evento: Enfermedad general		No autorización: 30308608	
Servicio de Ingreso: TRIAGE		Servicio de Egreso: URGENCIAS	

Aceptada por psiquiatría en remisión pendiente de traslado
Se xomenta a la amdre y a loa paciente las cuales refieren entender y aceptar

PLAN

Remision por psiquiatría
pendiente valoracion por psicología
Control de signos vitales
compañante permanente

3-APR-2017: PACIENTE CON HC ANOTADA ACTUALMENTE SIN DATOS DE COMPLICACIONES Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SALE EN TRASLADO BASICO MOVIL 50 DE SOS AMBULANCIAS REMITIDA A FUNDACION EMMANUEL

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

1. F339 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO

RECOMENDACIONES E INCAPACIDAD

RECOMENDACIONES: REMITIDA

INCAPACIDAD: 0

Firma y sello del profesional: **PLAZAS BUSTACARA EDISON**
Identificación: **79530727**
Registro Medico: **79530727**
Especialidad: **MEDICINA GENERAL**