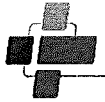


REFERENCIA																															
Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Sur	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>           DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS            SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN            CONTROL DOCUMENTAL            FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES            ADAPTACIÓN DE LA SDS A LA RESOL. 4331 de 2012 - ANEXO TECNICO No. 09            Código: 114 RDO FT 622,1 V.1         </div> <div style="text-align: right;">            ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.            SECRETARÍA DE SALUD         </div> </div> <div style="margin-top: 10px;">           CÓDIGO: PSIF750            APROBACIÓN: 12/05/2014            ÚLTIMA REVISIÓN:            VERSIÓN: 1            PÁGINA: 1 DE 2         </div>																														
N° de Planilla <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>	Fecha de radicación de la Referencia Hora de radicación de la Referencia Hora Militar																														
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <b>TIPO DE USUARIO</b>            1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> 3. Hospitalización <input type="checkbox"/> 4. Electiva <input type="checkbox"/> 5. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/> 6. Urgencias <input type="checkbox"/> 7. Hospitalización <input type="checkbox"/> </div> <div> <b>TIPO DE REMISIÓN</b>            1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgencias <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/> </div> </div>																															
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																															
Primer Nombre <b>LIZETH</b> Segundo nombre <b>YAHIRA</b> 1er Apellido <b>GARCIA</b> 2do Apellido <b>NINCO</b> Fecha de Nacimiento: Día <b>27</b> Mes <b>7</b> Año <b>1991</b> SEXO <b>M</b> Edad: Años <b>25</b> Meses <b></b> Días <b></b> Horas <b></b> H <b></b> M <b>X</b> I <b></b> Tipo Documento <b>CC</b> N° Identificación <b>1022369323</b> Dirección Residencia _____ Teléfono _____ Localidad _____																															
<b>PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE</b> (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente) Nombre y Apellido _____ Dirección Residencia _____ Teléfono _____																															
AFILIACIÓN SGSSS																															
Subsidiado <input type="checkbox"/> Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/> Nivel/Categoría <input type="checkbox"/> Población Especial <input type="checkbox"/> Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> N° Ficha <input type="checkbox"/> Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección <input type="checkbox"/> Entidad Administradora: <b>FAMISANAR</b> G. Indígena D. Desplazado <input type="checkbox"/> OTRO: _____																															
SOLICITUD DE REFERENCIA																															
Fecha: Día <b>21</b> Mes <b>1</b> Año <b>17</b> Hora Militar <b>22:00</b> Edad gestacional (sem.) <b></b> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="6">Identificación de Instituciones</th> </tr> <tr> <th>Nombre del Procedimiento Solicitado</th> <th>Código Servicio Solicitado CUPS</th> <th>Nombre Punto de Atención Destino Inicial</th> <th>Código Punto de Atención Destino Inicial</th> <th>Nombre Punto de Atención Destino Final</th> <th>Código Punto de Atención Destino Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <b>PSIQUIATRIA</b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><b>Clínica Emanuel</b></td> <td><b>sede Spring</b></td> </tr> <tr> <td>2. <b></b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. <b></b></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> Nivel de Atención requerido: <input type="checkbox"/> I Nivel <input type="checkbox"/> II Nivel <input type="checkbox"/> III Nivel <input type="checkbox"/> Anamnesis _____		Identificación de Instituciones						Nombre del Procedimiento Solicitado	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	1. <b>PSIQUIATRIA</b>				<b>Clínica Emanuel</b>	<b>sede Spring</b>	2. <b></b>						3. <b></b>					
Identificación de Instituciones																															
Nombre del Procedimiento Solicitado	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																										
1. <b>PSIQUIATRIA</b>				<b>Clínica Emanuel</b>	<b>sede Spring</b>																										
2. <b></b>																															
3. <b></b>																															
<b>PACIENTE REFIERE QUE HACE 1 SEMANA PRESENTA ALUCINACIONES AUDITIVAS, LLANTO FACIL INTENTO SUICIDA HACE 2 DIAS PROVOCANDO HERIDAS CON ARMA CORTOPUNZANTE EN ANTEBRZO IZQUIERDO, EL DIA DE HOY PRESENTA DISCUSION CON SUPAREJA REFIERE QUE DESEA SUICIDARSE, INGRESA SOLA A LA INSTITUCION. ANTECEDENTES: PATOLOGICOS ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION, EPILEPSIA. FARMACOLOGICOS SERTRALINA, LEVETIRACETAN, CARBAMAZEPINA Y OTROS MEDICAMENTOS QUE</b> <b>Signos Vitales</b> TA: <b>120 / 60 mmHg</b> FC: <b>85 x min</b> FR: <b>16 x min</b> TC: <b>36 °C</b> PESO: <b>68 Kg</b> Glasgow: <b>15 /15</b> SAT BIN O2: <b>94 %</b> Examen Físico _____ SAT CON O2: _____ % <b>PACIENTE EXALTADA CON TENDENCIA A LA IRRITACION, ALUCINACIONES AUDITIVAS DE FRACASO, MUERTE E INFIDELIDAD, ALERTA CONCIENTE ORIENTADA EN 3 ESFERAS AFECTO FLCTUANTE, EMBOTADO, IDEACION SUICIDA PUPILAS NORMOREACTIVAS C/P RSCS RITMICOS RSRs NO AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, EXT LACERACION EN ANTEBRAZO IZQUIERDO NO SANGRADO PULSOS CONSERVADOS NO EDEMAS.</b>																															
<b>Resultados exámenes diagnósticos</b> <b>PENDIENTE HEMOGRAMA BHCG FUNCION RENAL Y GLICEMIA</b>																															
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Nombre del Diagnóstico</th> <th>Código CIE10 de Diagnóstico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <b>INTENTO SUICIDA</b></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. <b>ESQUIZOFRENIA</b></td> <td><b>F200</b></td> </tr> <tr> <td>3. <b>TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION</b></td> <td><b>F412</b></td> </tr> <tr> <td>4. <b>EPILEPSIA</b></td> <td><b>G409</b></td> </tr> </tbody> </table>		Nombre del Diagnóstico	Código CIE10 de Diagnóstico	1. <b>INTENTO SUICIDA</b>		2. <b>ESQUIZOFRENIA</b>	<b>F200</b>	3. <b>TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION</b>	<b>F412</b>	4. <b>EPILEPSIA</b>	<b>G409</b>																				
Nombre del Diagnóstico	Código CIE10 de Diagnóstico																														
1. <b>INTENTO SUICIDA</b>																															
2. <b>ESQUIZOFRENIA</b>	<b>F200</b>																														
3. <b>TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION</b>	<b>F412</b>																														
4. <b>EPILEPSIA</b>	<b>G409</b>																														
Tratamientos y Complicaciones																															
<b>HOSPITALIZAR PROTECCION GASTRICO ANALGESIA, LEVETIRACEAM CARBAMAZEPINA, SE INICIA TRAMITE DE REMISION</b>																															
MOTIVO REFERENCIA																															
1. SERVICIO NO OFERTADO <input checked="" type="checkbox"/> 2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL <input checked="" type="checkbox"/> 3. FALTA DE INSUMOS <input checked="" type="checkbox"/> 4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS <input checked="" type="checkbox"/> 5. FALTA DE CAMAS <input type="checkbox"/> 6. CESE DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> 7. EMERGENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/> 8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL <input checked="" type="checkbox"/> 9. AUSENCIA DE CONVENIO <input type="checkbox"/> 10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA <input type="checkbox"/> 11. OTRO: Cuál: _____																															
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA																															
Nombre <b>YENIFER MARTINEZ</b> Profesión <b>MEDICO</b> Especialidad <b>GENERAL</b> Registro <b>1014235681</b> Firma _____																															
DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACION)																															
FECHA DIA <b>21</b> MES <b>1</b> AÑO <b>2017</b> Hora Militar <b>17:15</b> <b>sede Spring</b> Nombre <b>Daniela Pantoja</b> Especialidad <b>Psiquiatria</b> Cargo <b>Psiquiatra</b> Punto de Destino Final <b>Clínica Emanuel</b> Funcionario de contacto _____																															
CANCELACION DE LA REFERENCIA																															
FECHA DIA _____ MES _____ AÑO _____ Hora Militar _____ Nombre _____ Especialidad _____ Cargo _____																															
MOTIVO DE CANCELACION																															
1. FUGA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 3. DX NO CONCORDANTE <input type="checkbox"/> 4. SALIDA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/> 5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR <input type="checkbox"/> 6. REMISION NO PERTINENTE <input type="checkbox"/> 7. MEJORIA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 8. ALTA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/> 9. AUTORIZACION VENCIDA <input type="checkbox"/> 10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE <input type="checkbox"/> 11. AUTORIZACION DEL SERVICIO <input type="checkbox"/> 12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA <input type="checkbox"/> 13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA <input type="checkbox"/> 14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> 15. OTRO: Cuál: _____ Firma de quien cancela _____																															



Secretaría de Salud  
Subred Sur Occidente E.S.E.

UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SUR



1210001

Orden No: 1210001  
Paciente: GARCIA NINCO LIZETH YAHAIRA  
Documento Id: CC 1022369323  
Procedencia: OTRO  
Sede: CAMI TRINIDAD GALAN  
Nota:  
Factura: FAMISANAR EPS

Fecha de ingreso: 21-Jan-2017 12:32 am  
Fecha de impresion: 21-Jan-2017 1:19 am  
Edad: 25 Años 6 meses 25 días Sexo F  
Telefono: NR  
Medico: MEDICOS VARIOS  
Servicio: CONSULTA EXTERNA  
Hora Toma Muestra

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia	
--------	-----------	----------	-----------------------	--

**INMUNOLOGIA**

**PRUEBA DE EMBARAZO**

INMUNOCROMATOGRAFÍA CUALITATIVA (Sensibilidad 25 mIU/mL)

NEGATIVO

Firma Responsable

DRA. MONICA BARRIGA MESA  
BACTERIOLOGA REG 52.444.727

**QUIMICA**

**CREATININA EN SUERO  
GLUCOSA EN SUERO**

METODO: OXIDASA GOD-PAP

0.69  
95.20

mg/dL

0.5 0.9  
70 115

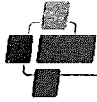
Firma Responsable

DRA. MONICA BARRIGA MESA  
BACTERIOLOGA REG 52.444.727

**HEMATOLOGIA**

CUADRO HEMATICO TIPO IV

RECuento de GLOBULOS BLANCOS	* 10.8	10 <sup>3</sup> /μl	5	10
NEUTROFILOS PORCENTAJE	52.4	%		
LINFOCITOS PORCENTAJE	* 38.2	%	25	35
MONOCITOS PORCENTAJE	7.1	%	0	9
EOSINOFILOS PORCENTAJE	1.1	%		
BASOFILOS PORCENTAJE	1.2	%		
NEUTROFILOS .CONCENTRACION	5.7	10 <sup>3</sup> /μl		
LINFOCITOS CONCENTRACION	4.1	10 <sup>3</sup> /μl		
MONOCITOS CONCENTRACION	0.8	10 <sup>3</sup> /μl		
EOSINOFILOS CONCENTRACION	0.1	10 <sup>3</sup> /μl		
BASOFILOS CONCENTRACION	0.1	10 <sup>3</sup> /μl		
RECuento de GLOBULOS ROJOS	5.3	10 <sup>6</sup> /μl	4.3	6.1
HEMOGLOBINA CH	15.5	gr/dl	12	17
HEMATOCRITO CH	45.7	%	36	56
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	86.1	fl	80	100
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	29.2	pg	27	33
CON. HGB CORPUSCULAR MEDIA	33.9	g/dl	28	36
ANCHO DE DISTRIBUCION ERITROCITARIO	11.7	fL	11.5	16.5
RECuento de PLAQUETAS CH	280	10 <sup>3</sup> /μl	150	450
PLAQUETOCRITO	0.11	%	0.1	1
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO	* 4.1	fL	4.5	10
ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIO	17.2	%	12	19
DIFERENCIAL MANUAL				



Secretaría de Salud  
Subred Sur Occidente E.S.E.

UNIDAD PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD SUR



1210001

Orden No: **1210001**  
Paciente **GARCIA NINCO LIZETH YAHAIRA**  
Documento Id: CC 1022369323  
Procedencia: OTRO  
Sede: CAMI TRINIDAD GALAN  
Nota:  
Factura: FAMISANAR EPS

Fecha de ingreso: 21-Jan-2017 12:32 am  
Fecha de impresion: 21-Jan-2017 1:19 am  
Edad: 25 Años 6 meses 25 días Sexo F  
Telefono: NR  
Medico: MEDICOS VARIOS  
Servicio: CONSULTA EXTERNA  
Hora Toma Muestra

**Examen**

**Resultado**

**Unidades**

**Valores de Referencia**

MANUAL NEUTROFILOS:65 %  
MANUAL LINFOCITOS.:34 %  
MANUAL EOSINOFILOS:1 %

Firma Responsable

DRA. MONICA BARRIGA MESA  
BACTERIOLOGA REG 52.444.727