



Referencia Clínica Partenon <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

REMISIÓN DE KAREN CUITIVA TI 1000254154

Referencia Clínica Partenón <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

26 de enero de 2017, 11:48

Para: Referencia Familiar 2015 <referencia2015@famisanar.com.co>, Sandra Milena Triana Ramirez

<striana@famisanar.com.co>, Alba Carolina Ayala Quintana <aayalaq@famisanar.com.co>,

"referenciaycontrareferencia.clinicainfantil@colsubsidio.com" <referenciaycontrareferencia.clinicainfantil@colsubsidio.com>

Buenos días

Envío historia clínica de

KAREN CUITIVA

TI 1000254154

para inicio de proceso de remisión por PEDIATRÍA - PSIQUIATRÍA

Gracias por su colaboración

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

Cl. Emanuel
medicalizada.

----- Mensaje reenviado -----

De: **Referencia Clínica Partenón** <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

Fecha: 26 de enero de 2017, 1:36

Asunto: REMISIÓN DE KAREN CUITIVA TI 1000254154

Para: Referencia Familiar 2015 <referencia2015@famisanar.com.co>, Sandra Milena Triana Ramirez

<striana@famisanar.com.co>, Alba Carolina Ayala Quintana <aayalaq@famisanar.com.co>,

"referenciaycontrareferencia.clinicainfantil@colsubsidio.com" <referenciaycontrareferencia.clinicainfantil@colsubsidio.com>

[El texto citado está oculto]

2 archivos adjuntos**escaneo0028.pdf**



Referencia Clinicapartenon <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

REMISIÓN DE KAREN CUITIVA TI 1000254154

1 mensaje

Referencia Clínica Partenón <referenciaclinicapartenon@gmail.com>

26 de enero de 2017, 1:36

Para: Referencia Familiar 2015 <referencia2015@famisanar.com.co>, Sandra Milena Triana Ramirez

<striana@famisanar.com.co>, Alba Carolina Ayala Quintana <aayalaq@famisanar.com.co>,

"referenciaycontrareferencia.clinicainfantil@colsubsidio.com" <referenciaycontrareferencia.clinicainfantil@colsubsidio.com>

Buenos días

Envío historia clínica de
KAREN CUITIVA TI 1000254154
para inicio de proceso de remisión por PEDIATRÍA - PSIQUIATRÍA

Gracias por su colaboración

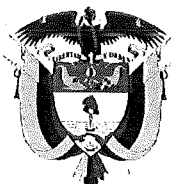
JOHANNA GUTIERREZ**Auxiliar de Referencia****CLÍNICA PARTENÓN LTDA.****Calle 74 N° 76-65****Teléfono: 4306767 Ext. 219 - 133****Celular: 3103097645**

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 **escaneo0028.pdf**
373K **REMISION DE KAREN.pdf**
83K



ANEXO TECNICO No. 9

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



Fecha: 2017-01-26 Hora: 01:22

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre				NIT	X	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

CUITIVA	ORTIZ	KAREN	VERONICA
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1000254154	
<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	Fecha de Nacimiento	06/04/2001	
Dir. ón de Residencia Habitual		CALLE 91A N 94N-12	Teléfono: 3102345788
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

1	NO TIENE	JOHAN CUITIAVA	NO TIENE
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1	
<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: 3102345788	
Departamento:		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:				Teléfono	-
DANIEL DAVID RENTERIA NOGUERA				indicativo	numerc
Servicio que solicita la referen				PEDIATRIA-PSIAQUIATRIA	extensión
Servicio para el cual se solicita la referen				URGENCIAS	

INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

Descripción 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 QUE REFIERE QUE HACE 2 HORAS CONSUMIO 7 TABLETAS DE FENCAFEN COMO INTENTO SUICIDA, ACTUALMENTE REFIERE SENSACIÓN DE ADORMECIMIENTO EN CARA, LA PACIENTE REFIERE ESTA DEPRIMIDA POR PROBLEMAS EN EL COLEGIO. NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES SUPERIORES O INFERIORES, NIEGA CAMBIO DE COLORACIÓN EN LA PIEL, NO DOLOR TORÁCICO, NIEGA ALTERACIONES VISUALES U OTRA SINTOMATOLOGÍA. AL EXAMEN FÍSICO ALERTA, CONSCIENTE ORIENTADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MÓVIL NO INGURGITACIÓN YUGULAR, TÓRAX SIMÉTRICO, PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RSCSRs NO SOPLOS. EXTREMIDADES EUTRÓFICAS NO EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES. SE REMITE PACIENTE YA QUE NO SE CUENTA CON EL SERVICIO DE PEDIATRIA NI PSIQUIATRIA.

PLAN: HARTMANN 500 CC AHORA CONTINUAR 60 CC/HR

OMEPRAZOL 40 MG IV CADA 24 HRS

METOCLOPRAMIDA 10 MG IM AHORA

COLOCACIÓN DE SONDA NASOGASTRICA PARA LAVADO GÁSTRICO CON SSN 1000 ML

HEMOGRAMA - UROANALISIS - PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA - BILIRRUBINAS - GLICEMIA - BUN - CREATININA - RX DE TORAX

VALORACION POR PSIQUIATRIA

VALORACION POR PEDIATRIA

CONTROL DE SIGNOS



Daniel Renteria Noguera
Médico General
R.M. 231065/09



Epicrisis

1000254154

HOS-F-011 V.1



1000254154

Apellidos: **CUITIVA ORTIZ** Nombres: **KAREN VERONICA**
Fecha de ingreso: 25/01/2017 21:44 Fecha de egreso: 26/01/2017 03:20 Ing: 2 Habitación: 0
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 1000254154 Fecha naci.: 06/04/2001 Edad: 15 A Sexo: F
Estado civil: SOLTERO Ocupacion: ESTUDIANTE
Dirección de residencia: CALLE 91A N 94N-12 Teléfono: 3102345788 Municipio: ENGATIVA-10
Entidad: FAMISANAR E.P.S. Tipo Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: A
Origen del Evento: Enfermedad general No autorización: 29364875
Servicio de Ingreso: URGENCIAS Servicio de Egreso: URGENCIAS

MOTIVO DE CONSULTA

"SE TOMO UNAS PASTILLAS DE FENCAFEN Y DICE QUE ESTA DEPRIMIDA"

ENFERMEDAD ACTUAL

INGRESA PACIENTE EN SILLA DE RUEDAS, ALERTA, ORIENTADA, REFIERE QUE HACE 2 HORAS CONSUMIO 7 TABLETAS DE FENCAFEN COMO INTENTO SUICIDA, ACTUALMENTE REFIERE SENSACIÓN DE ADORMECIMIENTO EN CARA, LA PACIENTE REFIERE ESTA DEPRIMIDA POR PROBLEMAS EN EL COLEGIO, NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES SUPERIORES O INFERIORES, NIEGA CAMBIO DE COLORACIÓN EN LA PIEL, NO DOLOR TORÁCICO, NIEGA ALTERACIONES VISUALES U OTRA SINTOMATOLOGÍA

ANTECEDENTES

Antecedentes : 25-JAN-2017

Antecedentes personales: PATOLÓGICOS: MIGRAÑA
NIEGA ALERGIAS A MEDICAMENTOS Y ALIMENTOS
QX: NIEGA
FARMACOLÓGICOS: NIEGA
FUM: 23/01/2017

ANTECEDENTES FAMILIARES: NIEGA

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 110 TA Diastólica= 80 FC= 80 FR= 16 Temperatura= 36.5

- Glasgow= 15

SPO2 = 97

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: PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, MUCOSA ORAL HUMEDA

Cuello: CUELLO MÓVIL NO DOLOROSO SIN ADENOMEGALIAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR

Torax y pulmones: TÓRAX SIMÉTRICO, PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREGREGADOS

Cardiovascular: RSCRS NO SOPLOS

Abdomen: BLANDO DEPRESIBLE NO MASAS NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL

Genitourinario: PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVA

Osteomuscular: EXTREMIDADES EUTRÓFICAS, NO EDEMA, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES BILATERAL A NIVEL CUBITAL, RADIAL, DORSAL PEDIO

Neurológico: ALERTA, CONSCIENTE ORIENTADA

Piel y faneras: Normal clínicamente

Marcha: Normal clínicamente



Epicrisis

1000254154



1000254154

Apellidos: **CUITIVA ORTIZ** Nombres: **KAREN VERONICA**
Fecha de ingreso: 25/01/2017 21:44 Fecha de egreso: 26/01/2017 03:20 Ing: 2 Habitación: 0
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 1000254154 Fecha naci.: 06/04/2001 Edad: 15 A Sexo: F
Estado civil: SOLTERO Ocupación: ESTUDIANTE
Dirección de residencia: CALLE 91A N 94N-12 Teléfono: 3102345788 Municipio: ENGATIVA-10
Entidad: FAMISANAR E.P.S. Tipo Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: A
Origen del Evento: Enfermedad general No autorización: 29364875
Servicio de Ingreso: URGENCIAS Servicio de Egreso: URGENCIAS

DIAGNOSTICOS DE INGRESO

1. X831 LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OTROS MEDIOS ESPECIFICADOS: INSTITUCION RESIDENCIAL

Tipo: 3 Confirmado repetido

APOYOS DIAGNOSTICOS NO POS

MEDICAMENTOS NO POS

MATERIALES E INSUMOS NO POS

** EVOLUCION CRONOLOGICA - PROCEDIMIENTOS (Indicación y Resultados)

PACIENTE QUE REFIERE QUE HACE 2 HORAS CONSUMIO 7 TABLETAS DE FENCAFEN COMO INTENTO SUICIDA, ACTUALMENTE REFIERE SENSACION DE ADORMECIMIENTO EN CARA, LA PACIENTE REFIERE ESTA DEPRIMIDA POR PROBLEMAS EN EL COLEGIO, NIEGA DOLOR EN EXTREMIDADES SUPERIORES O INFERIORES, NIEGA CAMBIO DE COLORACION EN LA PIEL, NO DOLOR TORACICO, NIEGA ALTERACIONES VISUALES U OTRA SINTOMATOLOGIA. AL EXAMEN FISICO ALERTA, CONSCIENTE ORIENTADA, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL NO INGURGITACION YUGULAR, TORAX SIMETRICO, PULMONES CLAROS BIEN VENTILADOS SIN RUIDOS SOBREAGREGADOS, RSCRS NO SOPLOS. EXTREMIDADES EUTROFICAS NO EDEMA, PULSOS PERIFERICOS PRESENTES.

PLAN: HARTMANN 500 CC AHORA CONTINUAR 60 CC/HR

MEPRAZOL 40 MG IV CADA 24 HRS

METOCLOPRAMIDA 10 MG IM AHORA

COLOCACION DE Sonda NASOGASTRICA PARA LAVADO GASTRICO CON S/N 1000 ML

HEMOGRAMA - UROANALISIS - PRUEBAS DE FUNCION HEPATICA - BILIRRUBINAS - GLICEMIA - BUN - CREATININA - RX DE TORAX

VALORACION POR PSIQUIATRIA

VALORACION POR PEDIATRIA

CONTROL DE SIGNOS

26-JAN-2017: PACIENTE FEMENINO DE 15 AÑOS DE EDAD CON DX ANTES DOCUMENTADO ACTUALMENTE CONSCIENTE ORIENTADO TOLERANDO AIRE AMBIENTE SIN ALTERACIONES HEMODINAMICAS ACTUALES CON DOLOR ABDOMINAL MODULADO NO PERSISTENTE NO IDEACION DELIRANTE PRIMER EVENTO DOCUMENTADO CON ADECUADA ADHERENCIA FAMILIAR SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA

PARACLINICOS

GLUCOSA 86

BT 1.6 BD 0.51 BI 1.1 BUN 6.9 CREATININA 0.68 TGO 14 TGP 8.0

HLG L 11 N 78HB 13 HTO 39.8 PLAQ 350

URONALISIS NORMAL

CONTINUA CON MEDIDAS ESTABLECIDAS

S/S VALORACION POR PSIQUIATRIA

S/S VALORACION POR PSICOLOGIA

CSV Y AC

26-JAN-2017: Paciente femenina de 15 años de edad con intento suicida secundario al consumo de 7 tabletas de fencafe. En el momento clinicamente estable, sin signos clinicos de SIRS, sin signos de bajo gasto. Asiste Movil 73 Vital Life Dr Oscar Fajardo para traslado de paciente a Clinica Emanuel para manejo integral Psiquiatria / Pediatria. Se realiza epicrisis, se cierra HC. Egresó paciente viva de la institucion.

Idx

Intento Suicida

Plan

Epicrisis

Remision Clinica Emanuel

DIAGNOSTICOS DE EGRESO

1. X831 LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OTROS MEDIOS ESPECIFICADOS: INSTITUCION RESIDENCIAL

RECOMENDACIONES E INCAPACIDAD

RECOMENDACIONES: RECOMENDACIONES

26/01/2017 03:18:32 p.m.



Epicrisis

1000254154



1000254154

Apellidos: **CUITIVA ORTIZ**

Nombres: **KAREN VERONICA**

Fecha de ingreso: 25/01/2017 21:44 Fecha de egreso: 26/01/2017 03:20

Ing: 2 Habitación: 0

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 1000254154

Fecha naci.: 08/04/2001 Edad: 15 A Sexo: F

Estado civil: SOLTERO

Ocupación: ESTUDIANTE

Dirección de residencia: CALLE 91A N 94N-12

Teléfono: 3102345788 Municipio: ENGATIVA-10

Entidad: FAMISANAR E.P.S.

Tipo Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 29364875

Servicio de Ingreso: URGENCIAS

Servicio de Egreso: URGENCIAS

INCAPACIDAD: 0

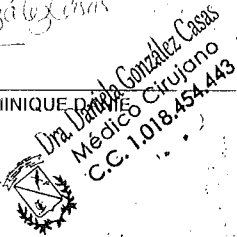
[Handwritten signature]

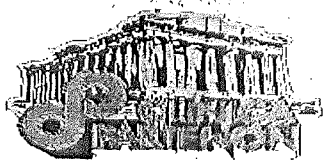
1a y sello del profesional: GONZALEZ CASAS DOMINIQUE D.

Identificación: 1018454443

Registro Médico: 1018454443

Especialidad: MEDICINA GENERAL





RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO

SEDE : CLINICA PARTENON

No INGRESO: 2503-1022840

Paciente: KAREN VERONICA CUITIVA ORTIZ

Edad: 15 Años

Género: Femenina

No ORDEN: 201701260441

Historia: 1000254154

Teléfono: 3102345788

Medico: Médico Partenon

Fecha Hora Ingreso: 2017-01-26 02:01

Fecha de impresion: 2017-01-26 02:31

Servicio: OBSERV ADULTOS

Cama: OBS

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

BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA

BILIRRUBINA TOTAL

1.64 mg/dl

* 0.20 - 1.10

METODO: COLORIMETRICO.

BILIRRUBINA DIRECTA

0.51 mg/dl

* 0.00 - 0.50

METODO: COLORIMETRICO.

BILIRRUBINA INDIRECTA

1.13 mg/dl

* 0.00 - 0.75

METODO: COLORIMETRICO.

NITROGENO UREICO

Resultado:

6.9 mg/dl

5.0 - 18.0

METODO: UV CINETICO

CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS

Resultado:

0.60 mg/dl

0.51 - 0.95

METODO: COLORIMETRICO ENZIMATICO.

TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA

Resultado:

14.0 U/L

0.0 - 27.0

METODO: UV CINETICO

TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA

Resultado:

8.0 U/L

0.0 - 23.0

METODO: UV CINETICO

Bacteriólogo: JOSE MIGUEL BALZA GERALDINO . Ep: 72345371

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA III

RECuento DE LEUCOCITOS

11.20 x10³/ul.

* 5.10 - 9.70

METODO: LASER SEMICONDUCTOR

NEUTROFILOS %

78.80 %

* 36.70 - 64.17

LINFOCITOS %

15.50 %

* 21.20 - 39.76

MONOCITOS %

5.30 %

* 4.08 - 12.80

EOSINOFILOS %

0.20 %

* 1.00 - 3.90

BASOFILOS %

0.20 %

* 0.01 - 1.00

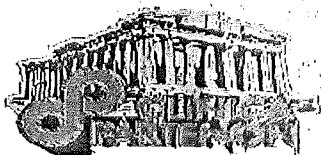
NEUTROFILOS Abs

8.83 x10³/ul.

* 1.40 - 6.50

CUITIVA ORTIZ KAREN VERONICA Orden: 201701260441

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	
HEMATOLOGIA		
LINFOCITOS Abs	1.74 x10^3/ul	1.20 - 3.40
MONOCITOS Abs	0.59 x10^3/ul	0.00 - 0.70
EOSINOFILOS Abs	0.02 x10^3/ul	0.00 - 0.70
BASOFILOS Abs	0.02 x10^3/ul	0.00 - 0.20
RECuento DE ERITROCITOS	6.50 x10^6/ul	* 3.86 - 4.50
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		
HEMATOCRITO	39.8 %	38.0 - 47.0
HEMOGLOBINA	13.70 g/dl	12.00 - 15.50
MCV	61.2 fl	* 80.0 - 100.0
MCH	21.1 pg	* 27.0 - 34.0
MCHC	34.4 g/dl	31.5 - 35.0
RDW	15.90 %	* 11.00 - 15.00
RECuento DE PLAQUETAS AUTOMATIZADO	350 x10^3/ul	150 - 450
METODO: LASER SEMICONDUCTOR		
MPV	10.3 fl	6.4 - 13.0
RECuento DIFERENCIAL MANUAL		

Bacteriólogo: JOSE MIGUEL BALZA GERALDINO . Tp: 72345371

CULTIVA ORTIZ KAREN VERONICA Orden: 201701260441

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.