

EPS SANITAS
"FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES"
HISTORIA CLINICA N° 37927293
GENERADO: 15/04/2017 12:33

REMITIDO DE UNIDAD URGENCIAS PUENTE ARANDA
FECHA REMISIÓN 15/04/2017 HORA 12 MINUTO 33
SERVICIO AL CUAL REMITE PSIQUIATRÍA NIVEL BAJO
APELLIDOS TAPIAS DIAZ NOMBRES MILDRET ALCIRA
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC 37927293 EDAD AÑOS SEXO F
ENTIDAD DE AFILIACIÓN E.P.S. SANITAS 56

DATOS DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA: ME SIENTO MUY ENFERMA ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE LARGA DATA DE DEPRESIÓN MAYOR QUIEN PRESENTA PROBLEMAS FAMILIARES ASÍ COMO IDEAS DE HOMICIDIO HACIA YERNO QUIEN ADEMÁS HA PRESNETADO ABUSO DE CLONAZEPAM
PACIENTE VALORADA DESDE CONSULTA EXTERNA POR DRA. ANDRE ROA QUIEN INGRESA A URGENCIAS PARA REMITIR A CENTRO PSIQUIÁTRICO

ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: NO REFIERE
QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA, CESÁREA
FARMACOLOGICOS: CLONAZEPAM 1/2 TABLETA NOCHE
ALERGICOS: DESCONOCE

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: NO REFIERE
QUIRURGICOS: APENDICECTOMIA, CESÁREA
FARMACOLOGICOS: CLONAZEPAM 1/2 TABLETA NOCHE
ALERGICOS: DESCONOCE

EXAMEN FÍSICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO

TA: 130/64 MMHG , FC: 80 X MIN, FR: 18 X MIN, SATO2: 95%, T°: 37°C, GLASGOW: 15/15

RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y CONDICIÓN AL EGRESO

PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE DEPRESIÓN MAYOR, QUIEN PRESENTA IDEAS DE HOMICIDIO, ASÍ COMO TRASTORNO DEL SUEÑO, QUIEN REFIERE MALAS RELACIONES EN EL HOGAR, SIN RED DE APOYO AL MOMENTO, PACIENTE DERIVADA DE CONSULTA EXTERNA DE DRA. ROA QUIEN ORDENA REMISIÓN A INSTITUCIÓN PSIQUIÁTRICA
SE EPXPLICA A PACIENTE CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

MOTIVOS REMISIÓN

MANEJO EN INSITUACIÓN PSIQUIÁTRICA

OBSERVACIONES

FIRMA Y SELLO MÉDICO _____ FIRMA USUARIO _____

NOMBRE GERMAN EDUARDO LARA CASTELLANOS

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC 1098699989

REGISTRO MÉDICO 1098699989

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS

No Autorización	76814029	Fecha Notificación	15/04/2017
Producto	EPS	Nit	800251440
Plan	REGIMEN CONTRIBUTIVO	Sucursal Radicación	FONOSANITAS
Teléfono	6466060	Fecha Orden Médica	15/04/2017

SEÑORES:

900259421 EMMANUEL INST REHAB Y HABIL INF SAS BOG

Habilitación	110012527501	Teléfono	7433693
Dirección	CL 13 SUR 19 - 43 PISO 2	Ciudad	BOGOTA D.C.

Departam

SIRVASE PRESTAR A NUESTROS USUARIOS

Contrato	933892	Número	37927293
Tipo de Identificación	CC	Antigüedad	434 SEMANAS
Fecha de Nacimiento	15/03/1961	Nivel de Ingresos	GRUPO A
Clase Usuario	POS	Ciudad	BOGOTA D.C.
Dirección	CARRERA 80 G # 41 - 24 SUR		
Tel. Residencia	4241418	Tel. Opcional	4241418

Nombre

Departam

Correo el

REMITENTE

800149384 CENTRAL DE URGENCIAS CENTRO MEDICO PUENTE ARANDA

Habilitación	110010918654	Teléfono	0
--------------	--------------	----------	---

DETALLE DEL SERVICIO

Servicio	SERVICIOS CLINICOS INTRAHOSPITALARIOS		
Diagnóstico	F412		
Tipo de Atención	HOSPITALIZACION	Cama	
Tipo de Orden Médica		Número de entrega	1

Origen

Guía

Tipo de Re

PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS

código	Prestación	Descripción	Car
1005453	ESTANCIA PSIQUIATRICA	1005453-ESTANCIA PSIQUIATRICA	

OBSERVACIONES

OBSERVACIÓN: PRESENTAR CARNÉ Y DOC. DE IDENTIFICACIÓN
INFORMACIÓN ADICIONAL:

OBSERVACIÓN: OBSERVACION DE TEXTO
INFORMACIÓN ADICIONAL: DX: DEPRESIÓN MAYOR. SE AUTORIZA ESTANCIA ENB USM.

CUOTA MODERADORA	0
CANTIDAD BONOS	0
COBERTURA USUARIO	