



No. Historia Clínica: 99121400223 Fec. Registro: 15/02/17 15:52 Folio: 8
 Nombre del Paciente: DAVID SANTIAGO VALERO MEDINA Ingreso: 1416420
 Fec. Nacimiento: 14/12/1999 Edad: 17 AÑOS - 2 MESES - 3 DÍAS Fecha de Ingreso: 15/02/2017 00:20
 Estado Civil: Soltero Sexo: Masculino Nivel/Estrato: NIVEL I
 Dirección: CLL 47 10 31 Tipo Vinculación: Contributivo
 Teléfono: 3144882201 Causa Externa: Enfermedad General
 Entidad: EPS SANITAS SA Acompañante: MARITZA VALERO
 Área de Servicio : HIDRATACIÓN URGENCIAS Lugar Residencia: BOGOTA Tel : 3144107733

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

PACIENTE QUIEN NO APORTA MAYORES DATOS A LA ENTREVISTA, HA PRESENTADO CAMBIOS EN ESTADO DE ANIMO DESE HACE 1 MES Y MEDIO LO CUAL COINCIDE CON SUSPENSIÓN DE THC. EN EL MOMENTO SE EVIDENCIA ANIMO DIFORICO, POCO COLABORADOR SOBRE EPISODIO EN LA MADRUGADA EN EL CUAL REALIZO GESTO SUICIDA Y EPISODIO DE AGITACION PSICOMOTORA. NO HA PRESENTADO SINTOMAS PSICOTICOS. POR ESTE MOTIVO SE CONTINUA MANEJO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. UNA VEZ SE AMPLIE HISTORIA CLINICA SE CONSIDERARA INICIO DE MEDICACION

PARACLINICOS

NO INDICADOS

DESCRIPCION DE LOS DIAGNOSTICOS

1. TRASTORNO DEPRESIVO
2. INTENTO SUICIDA

SIGNOS VITALES ACTUALES

T.A: 100

F.R: 21 / 70

F.C: 80

TEMP: 36 °C

GLASGOW: 15 /15

INTUBADO: NO

PACIENTE CRITICO: NO

INOTROPICOS:

CAUSA DE REMISION

NIVEL DE COMPETENCIA

MODALIDAD**SERVICIO AL QUE SE REMITE****SERVICIO QUE REMITE**

REMISION

URGENCIAS

URGENCIAS

SERVICIO SOLICITADO: PSIQUIATRIA PARA UNIDAD DE SALUD MENTAL**AMBULANCIA:** AMBULANCIA BAJA**ANTECEDENTES**

03/07/2015	Médicos	NIEGA
03/07/2015	Quirúrgicos	NIEGA
03/07/2015	Alérgicos	NIEGA
15/02/2017	Tóxicos	CONSUMO DE MARIHUANA DESDE HACE 1 AÑOS TABAQUISMO NO ES CLARO CANTIDDBEBEDOR ALCOHOL OCASIONAL
15/02/2017	Médicos	NIEGA
15/02/2017	Alérgicos	NIEGA
15/02/2017	Familiares	ABUELA MATERNA ESQUIZOFRENIA Y DMT2 ABUELA MATERNA HTA
15/02/2017	Quirúrgicos	NIEGA

G: 0 P: 0 A: 0 C: 0 V: 0 E: 0 M: 0

Planifica? ☐**DIAGNOSTICOS**

Codigo	Descripción Diagnostico	Observaciones	Impo
F329	EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO		<input type="checkbox"/>
F129	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTORNO MENTAL Y DEL COM		<input checked="" type="checkbox"/>

INDICACIONES MEDICAS**Profesional:** MUÑOZ RUBIANO MARIA ALEJANDRA**Registro Profesional:** 1030607047**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

Firma:

TIPO

Hospitalizacion

DESCRIPCION:

NIVEL TRIAGE:

Profesional:

MUÑOZ RUBIANO MARIA ALEJANDRA

Registro Profesional: 1030607047

Especialidad: MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]


Firma: