



HOSPITAL SAN ANTONIO DE GUAMO ESE
NIT. 890701715-5
CRA 9 5-50 (Tel:2271569)

Remisiones
201804300183 - 2
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Día: 30 Mes: 04 Año: 2018 **No. Historia Clínica:** TI1007288997

Paciente (Datos Basicos)

Nombres y Apellidos JOHAN STEBAN QUINTERO CARRERA
Documento de Identidad: TI 1007288997 **Genero:** Masculino **Edad:** 09/07/2000 - 17 Año(s)
Dirección: MANZANA B CASA N° 2 **Telefono:** 3143087856
Municipio: GUAMO **Departamento:** Tolima **Zona:** Urbana
Responsable del Usuario:
Aseguradora: NUEVA E.P.S.S **Regimen:** Subsidiado
 SUBSIDIADO POS

Datos de las Referencias

Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
30/04/2018	30/04/2018	INTERNAC.	MEDICINA GENERAL
Modalidad de Solicitud	Servicio al que se remite	Especialidad	
Remision	PSIQUIATRI.	PSIQUIATRI.	

Remisión

Motivo: No hay recurso humano **Medico que Remite:** GREYS ALEXANDRA VALDERRAM. MESA

Autorización: 1

Descripción

PACIENTE DE 17 AÑOS CON IDX . CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS AGRESIVIDAD DE SU COMPORTAMIENTO AUTOLESIONES INFLINGIDAS S/ MAMA REFIERE AGRESIVIDAD CON LA FAMILIA EN EL BARRIO PRESENTA INNUMERABLE RIÑAS CALLEJERAS REFIERE AMENAZAN CON MATARLOS , EN EL MOMENTO AGITADO CON LABILIDAD EMOCIONAL REFIERE QUE SE VA A MORIR . TA 120/85 FR 16 T 36 SAT 98 PACIENTE EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, AFEBRIL ,CABEZA Y CUELLO: CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NORMAL NO ADENOPATÍAS EN CUELLO, NO INGURGITACION YUGULAR. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS DE BUEN TONO RITMO E INTENSIDAD; NO SOPLOS. RESPIRATORIO: MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES SIN AGREGADOS PUOLMONARES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATOTRIA. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION; NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. GENITOURINARIO: NO EXPLORADO. EXTREMIDADES: LLENADO CAPILAR < 2 SEG, PULSOS PERIFERICOS PREENTES Y SICRONICOS. NEUROLÓGICO: ORIENTADO SIN SIGNJOS DE FOCALIZACION PLAN . PACIENTE MENOR DE EDAD CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MAMA REFIERE EL MENOR ES DE DIFICIL MANEJO CON MULTIPLES TRSTORNOS SECUNDARIOS A CONSUMOS DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS , AGREGA QUE SE VA A MORIR QUE ESTA PERDIENDO LA VISION QUE CON LABILIDAD EMOCIONAL FACIL , REFIERE ESTUVO EN FUNDACION RESTAURANDO SUEÑOS CON AYUDA DE PSICOLOGIA ADEMAS MAMA AGREGA INVOCA AL SER SUPREMO E CONSULTA AGREGA CONSUMO DE MARIHUANA Y COCAINA SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA SE EXPLICA A LA MADRE DELMENOR ENTIENDE Y ACEPTA

Firma y Sello

Cedula: 10114192254

Registro Prof:

DX Principal: OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO EN ADULTOS **Código CIE:** F688

Nivel de Competencia	
Nivel que Remite: 1	Nivel al que Remite: 0

Hora Solicitud	
Hora: 15	Minutos: 07

Hora Confirmación	
Hora: 15	Minutos: 07
Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): 1	

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)	
Hora:	Minutos:
Nombre del Conductor:	No. Placa Ambulancia:

Impreso por:



GLORIA HERNANDEZ RODRIGUEZ
AUXILIAR DE ENFERMERIA