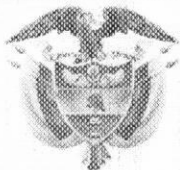


ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

11405



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/03/31 Hora: 09:13

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		-0	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA
							001

DATOS DEL PACIENTE

ORDUÑA		SOLER		MARIA		DEL CARMEN	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Tipo Documento de Identificación</p> <p><input type="checkbox"/> Registro Civil</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</p> <p><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</p> </div> <div> <p><input type="checkbox"/> Pasaporte</p> <p><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</p> <p><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</p> </div> <div> <p>51766620</p> <p>Número documento de identificación</p> <p>Fecha de Nacimiento: 1963-03-30</p> </div> </div>							
Dirección de la Residencia Habitual: CR 2 ESTE 11 21				Teléfono: 3123853074			
Departamento: BOYACA				15	Municipio: TUNJA		15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C				Código: EPS037			

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>Tipo Documento de Identificación</p> <p><input type="checkbox"/> Registro Civil</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</p> <p><input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</p> <p><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</p> </div> <div> <p><input type="checkbox"/> Pasaporte</p> <p><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</p> <p><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</p> </div> <div> <p>Número Documento Identificación</p> </div> </div>							
Dirección de la Residencia Habitual:				Teléfono:			
Departamento:				Municipio:			

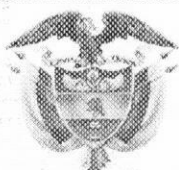
PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR				Teléfono:			
				Indicativo		Número	
				Extensión			
Servicio que solicita la referencia		Hospitalización PSIQUIATRIA		Teléfono Celular			
Servicio para el cual se solicita la referencia		Hospitalización PSIQUIATRIA					

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:	
PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TAB EN MANEJO CON ACIDO VALPROICO, INGRESA EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR QUIEN REFIERE QUE LA PACIENTE PRESENTA ALTERACION DEL PATRON DE SUEÑO, SOLILOQUIOS, RISAS INMOTIVADAS, EN OCASIONES SE TORNA AGRESIVA	
Examen Físico:	
Neurológico y Mental: Neurológico y Mental: Anormal, PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, MEMORIA CONSERVADA, POCO COLABORADORA, DEMANDANTE, ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL, TAQUIPSIQUICA, IDEAS DELIRANTES DE REFERENCIALIDAD, LOGORREICA, COPROLALICA, AFECTO IRRITABLE, EXPANSIVO, HIPOREXICA, PROSPECCION JUICIO E INTRASPECCION COMPROMETIDOS	

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/03/31 Hora: 09:13

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	X	891800231	-0
				CC			DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ORDUÑA	SOLER	MARIA	DEL CARMEN
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	51766620	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1963-03-30	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		CR 2 ESTE 11 21	Teléfono: 3123853074
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C	Código: EPS037

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 31/03/2018 06:52

Subjetivo, objetivo y análisis: ***EVOLUCIÓN PSIQUIATRIA***

PACIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE:

-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR-EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS

-DIABETES MELLITUS, NOES

PACIENTE EN PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE (HIJO), REFIERE ADECUADO PATRON DE SUEÑO Y TOLERANCIA A MANEJO MEDICO INSTAURADO, SIN EMBARGO CON MAL PATRÓN ALIMENTARIO, PERSISTE AFECTO IRRITABLE Y ACTITUD HOSTIL DADA POR ESTANCIA HOSPITALARIA.

Análisis de resultados: Paraclinicos: GLIC: 101, BUN: 15, C: 0.74, UREA: 32, TGO: 25.7, TGP: 27, WBC: 7.780, N: 52%, L:36%, HB:15, HTO: 45, PLAQ:258.000, TSH:3.73, T4: 1.16

Plan de manejo: PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CARACTERISTICAS SIMILARES, CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DESDE HACE 10 AÑOS, QUIEN CURSA CON CUADRO ACTUAL DE MANIA, Y QUIEN HA REQUERIDO DE MULTIPLES HOSPITALIZACIONES, ULTIMA EN EL 2017 EN LA INSTITUCION. ACTUALMENTE CON DATOS DE MANIA CON SINTOMAS PSICOTICOS, POR LO QUE AMERITA MANEJO INTRAHOSPITALARIO. PARACLINICOS EN SANGRE DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, PENDIENTE VALORACIÓN POR LOS SERVICIOS DE PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL. CONTINUA VIGILANCIA Estricta POR PSIQUIATRIA.

Diagnóstico:

F312 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR - EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal
E149 DIABETES MELLITUS - NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: BIPERIDENO LACTATO 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE

HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE

valPROICO ACIDO 250 MG CAPSULA BLANDA

QUETIAPINA 25 MG TABLETA RECUBIERTA

CLONAZepam 2 MG TABLETA

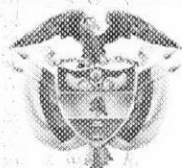
QUETIAPINA 25 MG TABLETA RECUBIERTA

Procedimientos Realizados:

Código CUPS: 903883 Descripción: GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA GLUCOMETRIA Cantidad: 1

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/03/31 Hora: 09:13

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT: <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
		CC: <input type="checkbox"/>	DV
Código:	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
Teléfono:	8 7405030		
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA
		15	Municipio: TUNJA
			001

DATOS DEL PACIENTE

ORDUÑA	SOLER	MARIA	DEL CARMEN
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	51766620	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1963-03-30	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		CR 2 ESTE 11 21	Teléfono: 3123853074
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA
			15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C	Código: EPS037
Motivos de remisión:			
REFERENCIA			
REMISION A USM			

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:	M ^{ra} Alejandra Andrade S.	Registro: 151735
--------	--------------------------------------	------------------