
	SOLICITUD DE SERVICIOS - REFERENCIA	<div>Página 1/1</div> <div>Version 02</div> <div>FECHA 2007-05-22</div>	 <div>ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ D. C. SECRETARIA D. C. SALUD DE BOGOTÁ</div>
--	--	---	--

No de Solicitud	215564		
No de Planilla	<div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	Fecha de radicacion de la Referencia	22/05/2018 01:45:15
		Hora de radicacion de la Referencia	1:45:15 a. m.
Tipo Usuario	<div>Ambulatorio</div>	Tipo Remisión	10
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input type="checkbox"/> 3. Hospitalización <input type="checkbox"/>		1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgente <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>	

IDENTIFICACION DEL PACIENTE							
Nombre Paciente:	DIANA YAMILE VARGAS PARDO		Identificación:	52487210	Sexo:	Femenino	
Fecha Nacimiento :	29/01/1981 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	37 Años \ 3 Meses \ 21 Días	AREA DE SERVICIO	B02C2	INGRESO	1255716
Dirección:	CLL 45 N 12 48			Teléfono:	3203489057	Localidad	FONTIBON
CC Cedula de Ciudadania RC Registro Civil MSI Menor sin Edintificación TI Tarjeta de Identidad ASI adulto sin Identificar							
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)							
Responsable:				Teléfono Resp:			
Dirección Resp:							

AFILIACION SGSSS					
Tipo Paciente:	Particular	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	004001 - PARTICULARES	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA			
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO		IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES	
		NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL
INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA - PSQUIATRIA N2	890402PSQ	C61 - KR 99 No 16 I - 41 CAMI II - FONTIBON TEL 4220876 4183587	2 F B 0 2
NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : <input type="checkbox"/> I NIVEL: <input type="checkbox"/> II NIVEL: <input type="checkbox"/> III NIVEL: <input type="checkbox"/>			
NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO		CODIGO DIAGNOSTICO	
OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES		F318	

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA					
Anamnesis	MC: "ESTOY CANSADA DE ESTAR VIVIENDO"				
	EA: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 1 HORA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN TOMA DE 8 GOTAS DE LEVOPROMAZINA (FORMULADA DESDE OCTUBRE) QUIEN ASISTE AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENCIA DE SOMNOLENCIA POSTERIOR A TOMA DE FARMACO. PRESENTA IDEACIÓN SUICIDA. REFIERE QUE HOY HA PENSADO EN CORTARSE Y LANZARSE A LOS CARROS. NIEGA ALUCINACIONES VISUALES NI AUDITIVAS.				
Examen Físico:	CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE SIN ALTERACIONES, CUELLO MOVIL, SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS TÓRAX SIMETRICO, SIN RETRACCIONES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS NI REFORZAMIENTOS, RUIDOS RESPIRTORIOS NORMALES SIN SOBREGREGADOS, ABDOMEN BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACI'N, SIN SIGNOS EIRITACIÓN PERITONEAL EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIMETRICAS, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS. NEUROLÓGICO: CONSCIENTE, ALERTA, ORIENTADA DE FORMA GLOBAL, COMPRENDE, NOMINA Y REPITE, SIN ALTERACIONES EN EL CALCULO MEMORIA O ABSTRACCIÓN, FUERZA 5/5, ROT ++/++++, SIN ALUCINACIONES VISUALES NI AUDITIVAS, SIN OTROS SINTOMAS, SIN ALTERACIONES EN LA MARHCA.				
Signos Vitales	TA: 110/60MMHG	FC: 85 x Min	FR: 19 x Min	GlasGow: 15	TC: 37,0000 Peso: 70,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:					
Ginecobstétricos:	G: 0 P: 0 A: 0 C: 0	Edad Gestante: 0 Sem FCF: 0 Alt Uterina: 0			
		<input type="checkbox"/> Actividad Uterina <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regular <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membranas			
TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE EN LA CUARTA DÉCADA DE LA VIDA, CON ANTECEDENTE DE TAB QUIEN CURSA CON IDEACIÓN SUICIDA AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN REFIERE AUMENTO VOLUNTARIO DE DOSIS DE LEVOMEPROMAZINA (FORMULADA DESDE OCTUBRE). SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN HIPOTENSIÓN, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRTORIA, SIN ALTERACIONES EN EL EXAMEN NEUROLÓGICO, SIN SIGNOS DE DEPRESIÓN DEL SNC . INDICO DEJAR EN OBSERVACIÓN CON LEV, PROTECTOR GASTRICO Y VIGLANCIA NEUROLÓGICA. INICIO TRAMITES DE REMISIÓN POR PSQUIATRIA. Se aclaran dudas,				

MOTIVO REFERENCIA									
1.Servicio no ofertado	<input type="checkbox"/>	3. Falta de Insumos	<input type="checkbox"/>	5. Falta de Camas	<input type="checkbox"/>	7. Emergencia Sanitaria	<input type="checkbox"/>	9. Ausencia de Convenio	<input type="checkbox"/>
2. Ausencia de Profesional	<input type="checkbox"/>	4. Falta de Equipos	<input type="checkbox"/>	6. Cese de Actividades	<input type="checkbox"/>	8. Requiere manejo otro nivel	<input type="checkbox"/>	10. Devolucion Injustificada	<input type="checkbox"/>
11. Otro:	<input type="checkbox"/>	Falta_Cama_IPS_Remite							

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)							
FECHA	DIA	MES	AÑO	Hora Militar:	Funcionario de Contacto	Cargo:	Punto de destino final:
Datos del Pofesional que Realiza la Referencia Medico				NUÑEZ TAPIERO GLORIA ESPERANZA			
Registro	1019015533	Firma:		MEDICINA GENERAL			