

<b>Información Básica Paciente</b>
------------------------------------

**Fecha de Ingreso:** 25/04/2018 17:19:29 Fecha Generación Remisión: 27/04/2018 15:37:29  
**Fecha Impresión Reporte:** 27/04/2018 16:17:27  
**Servicio desde donde se remite:** URGENCIAS GENERALES  
**Servicio al que se remite:** PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA  
**Prioridad traslado:** Traslado Programado  
**Nombre:** JUNIOR ESTEBAN LA TORRE COBALEDA  
**Tipo identificación:** Tarjeta Identidad  
**Identificación:** 1000122430  
**Edad:** 16 Años 6 Meses 17 Dias  
**Tipo Afiliado:** BENEFICIARIO  
**Ubicación:** Edificio Principal --> Piso 1 --> Primer Piso Urg Adultos --> SILLA OBS 96  
**EPS:** Famisanar EPS

<b>Resumen Historia Clínica</b>
---------------------------------

**Anamnesis y Examen Físico**

<b>Signos Vitales:</b>	<b>Sístole:</b> 122,0	<b>Diástole:</b> 64,0	<b>FC:</b> 16,0	<b>FR:</b> 18,0
	<b>Peso:</b> 60,0	<b>T°:</b> 364,0	<b>Glasgow:</b> 15,0	<b>Oximetría:</b> 94,0

**Causa Externa:**

LESION AUTOINFLIGIDA

**Motivo Consulta:**

Paciente en observación por tercer intento de suicidio, valorado por servicios de psicología y trabajo social quienes consideran padece con alto riesgo social con regular red de apoyo no consideran dar egreso a domicilio sino llevar caso y custodia de paciente a ICBF, respecto a psiquiatría por razón extraordinaria no se encuentra disponible durante los siguientes días en hospital por lo cual no ha sido valorado por psiquiatría se calcula SAD PERSONS score modificado que da 6 puntos se considera padece debe ser valorado por psiquiatría previo a egreso por lo cual se inicia trámite de remisión. En el momento Paciente con signos vitales dentro de límites de la normalidad, sin hallazgos positivos al examen físico, continúa observación clínica

**Tratamiento Realizado:**

SERTRALINA  
ALPRAZOLAM

**Impresión Diagnóstica:**

-INTENTO DE SUICIDIO #3 SAD PERSONS SCORE MODIFICADO 6 PUNTOS  
 -DEPRESION GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS  
 -RIESGO SOCIAL ALTO  
 -RETRASO COGNITIVO LEVE  
 -ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL

**Motivo de la Referencia del Paciente:**

NO DISPONIBILIDAD DE SERVICIO

**Pruebas Diagnósticas:**

HEMOGRAMA NORMAL, CREATININA NORMAL, TSH NORMAL

**Tipo Transporte:**

Básica Sencilla

**Condiciones Particulares del Traslado:**

SIN CONDICIONES PARTICULARES

**Tipo Servicio:** Básica Sencilla**Motivo Remisión:** NO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO**Origen Servicio:** Traslado POS**Nombre Acompañante:** .**Parentesco:** MADRE

Teléfono: .

Especialidad Solicitada: PSQUIATRIA



Firma del Profesional que Remite: \_\_\_\_\_

Firma del Profesional que Recibe: \_\_\_\_\_