

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

221712

Fecha de radicación de la Referencia

17/04/2018 12:20:37

Hora de radicación de la Referencia

12:20:37 p.m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	3
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:	LAURA MARIA RINCON ALVARADO	Identificación:	1032411436	1032411436	Sexo:	Femenino	
Fecha Nacimiento :	17/04/1988 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	30 Años \ 0 Meses \ 0 Días	AREA DE SERVICIO	3BLE10	INGRESO	2668018
Dirección:	DIAGONAL 63 A SUR # 73 F 33	Teléfono:	NO SABE	Localidad	BOGOTA		
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:	MARIA ALVARADO	Teléfono Resp:	NO SABE
Dirección Resp:	DIAGONAL 63 A SUR # 73 F 33		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:					
Entidad Administradora	RC034 - EPS FAMISANAR SAS SOAT -15%	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE	F603

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD MEDIANA	38261	3BL - UNIDAD SAN BLAS	2	F	B	0	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	-------	-----------------------	---	---	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

I NIVEL:

☐

II NIVEL:

☐

III NIVEL:

☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	TRASLADO PRIMARIO						
	PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL (TX LIMITE DE LA PERSONALIDAD) AL PARECER BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INFORMA MEDICO DE ATENCION PREHOSPITALARIA DEBIDO A QUE NO HAY FAMILIAR EN EL SERVICIO, CUADRO CLINICO APROXIMADAMENTE 1 SEMANA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AGRESIVIDAD HETERODIRIGIDA, INSOMNIO, DROMOMANIA, EL DIA DE HOY SE AUTOAGREDE OCASIONANDOSE HERIDAS EN MIEMBROS SUPERIORES. REQUIRIO ESQUEMA DE SEDAICION PARA TRASLADO.						
Examen Físico:	C/C NORMALES C/P RSCRS RSRS MV CONSERVADO ABD BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO EXT: HERIDAS EN MANOS, SUTURADAS. NEUROL: SIN DEFICIT						
Signos Vitales	TA: 130/80	FC: 74 x Min	FR: 20 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 1,0000	
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 Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran							

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	OCUPACION CESANTE. E. CIVIL: SEPARADA. VIVE CON LOS HIJOS. MC: "TUVE UN PROBLEMA CON MI EX ESPOSO Y ME DIO UNA CRISIS" EA: PACIENTE QUIEN REFIERE ANTECEDENTE DE ENF MENTAL (PATOLOGIA DUAL); TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMITE Y TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, HA REQUERIDO AL MENOS 2 HOSPITALIZACIONES X SALUD MENTAL EN CLINICA LA PAZ, RECIBE TRATAMIENTO CON FLUOXETINA Y TRAZODONE. INGRESA EN TRALADO PRIMARIO POR PRESENTAR GESTO DE AUTOAGRESION " ME CORTE LAS MANOS POR UNA DISCUSION Y ME DIO LA CRISIS.." ADICIONALMENTE REFIERE AFECTO DEPRESIVO, INSOMNIO, HIPOREXIA, IRRITABILIDAD. SE ENCUENTRA EN PROCESO DE SEPARACION DE SU PAREJA DESDE HACE 15 DIAS.
-------------------------------	---

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7.Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐

2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐
11. Otro: ☐ 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:

Gerardo

Firma: _____

Datos del Pofesional que Realiza la Referencia

Medico ROBERT MEDINA RAJE GERARDO

Registro 811138