

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

No de Solicitud

217060

Fecha de radicación de la Referencia

06/04/2018 10:35:38

Hora de radicación de la Referencia

10:35:38 a.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:	MEGAN ALEJANDRA QUINTERO CASTRO	Identificación:	99112104492	99112104492	Sexo:	Femenino	
Fecha Nacimiento :	21/11/1999 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	18 Años \ 4 Meses \ 15 Días	AREA DE SERVICIO	3BLE10	INGRESO	2616737
Dirección:	CARRERA 26 # 35 C 45 SUR	Teléfono:	3134224405	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:	ELIZABET CASTRO	Teléfono Resp:	3134224405
Dirección Resp:	CARRERA 26 # 35 C 45 SUR		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	1
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC015 - SANITAS EPS-C	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200

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 DE 18 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA SEGUN HC Y CONSUMO DE SPA AHORA ACUDE AL SERVICIO DE URG EN CALIDA DE TRASLADO PRIMARIO POR CUADRO DE MAS MENOS 3 DIAS CONSISTENTE EN DESORIENTACIONES ,ALUCINACIONES NO BIEN PRECISADO , LENGUAJE INCOHERENTE E INSOMNIO.
Examen Físico:	Psiquiatria / Historia de Urgencias. E:18 Nat y proc Bta Escolaridad 7, Vive con una prima, Informante: Elizabeth Castro (tia) tel: 3134224405 mc: "esta perdida de la mente" EA: Paciente quien presenta de 2 dias de evolucion lenguaje incoherente, insomnio global, heteroagresividad, alucinaciones auditivas y visuales, ingresa traída x ambulancia. Presenta enfermedad mental que inicia en Octubre 2017. Tipificada como esquizofrenia. Le prescribieron Haloperidol el cual no tomo. Aparentemente presenta consumo de sustancias " pensamos que esta tomando pepas.."
Signos Vitales	TA: 147/82 FC: 62 x Min FR: 19 x Min GlasGow: 15 TC: 0,0000 Peso: 55,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 FCF: 0 | Alt Uterina: 0
Sem |

☐ Actividad Uteri

☐ Actividad Uterina Regula

☐ Amenorrea

☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

Psiquiatria / Historia de Urgencias. E:18 Nat y proc Bta Escolaridad 7, Vive con una prima, Informante: Elizabeth Castro (tia) tel: 3134224405 mc: "esta perdida de la mente" EA: Paciente quien presenta de 2 dias de evolucion lenguaje incoherente, insomnio global, heteroagresividad, alucinaciones auditivas y visuales, ingresa traída x ambulancia. Presenta enfermedad mental que inicia en Octubre 2017. Tipificada como esquizofrenia. Le prescribieron Haloperidol el cual no tomo. Aparentemente presenta consumo de sustancias " pensamos que esta tomando pepas.."

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