

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 3

Fecha de Solicitud

9	4	2018	
---	---	------	--

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL HILARIO LUGO

Código Habilitación: 257180001801

Fecha de Ingreso: Cama:

09/04/2018

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: LUIS FRANCISCO CASTILBLANCO GIL

Sexo: Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO

T.D. CC Nro. Identificación: 1010211078

Zona: Urbano ☒ Rural

Teléfono: 3114825557

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: SASAIMA

Seguridad Social en Salud: Contributivo ☒

E.P.S.: NUEVA EPS -- EVEN-CONTRI Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Categoría A,1,1 A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General ☒ Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

Persona responsable del paciente: LUIS FRANCISCO CASTIBLANCO

Parentesco Otro

Dirección: CENTRO

Teléfono

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA****Motivo de Consulta:**

SE TOMO PASTILLAS

**Enfermedad Actual:**

ASISTE PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS ASISTE TRAIDO POR AMAM POR CUADRO DE AUTOINGESTION HACE 2 HORAS CON FINES SUICIDIAS DE TABLETAS MEDICAMENTO METRONIDAZO EN TOTAL DOCE TABLETAS REFIERE POSTERRO EPISODIOS DE EMEISIS POSTERIORES Y EPIGASTRALGIA REFIERE PREVIOA HECHOS HA PRESENTADO EPISODIOS DEPRESIVOS

**Antecedentes Personales:**

HOSPITALARIOS NIEGA

QUIRURGICOS APENDICECTOMIA. HACE 10 AÑOS.

MEDICOS DERMATITIS ATOPICA.

TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR

TOXICOLOGICOS NIEGA

FARMACOLOGICOS NIEGA

TRAUMATICOS NIEGA

OCUPACIONAL NIEGA

FAMILIARES NIEGA

**Examen Físico:**

TA: 110/60 mmHg

GLAS: 15 puntos

FC: 88 x min

PESO: 60 Kg

TALLA: 167 cm

FR: 20 x min

TEMP: 37 °C

SAT: 99 %

JOHN MAURICIO SUAREZ ANGEL

Cedula de Ciudadanía : 79846102

MEDICO GENERAL

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Page 2 of 3

Fecha de Solicitud

9	4	2018	
---	---	------	--

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL HILARIO LUGO

Código Habilitación:257180001801

Fecha de Ingreso:

Cama:

09/04/2018

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: LUIS FRANCISCO CASTILBLANCO GIL

Sexo : Masculino

Edad: Dias: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO

ESTADO GENERAL : REGULARES CONDICIONES CONDICIONES GENERALES, ALETA, DESHIDRATADO  
ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, SIN FOCALIZACIÓN, NO MENINGISMO, ROT ++/++++  
RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS  
PIEL SANA  
NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS  
MUCOSA ORAL HÚMEDA, FARINGE NO ERITEMATOSA SIN LESIONES, NARIZ PERMEABLE, NO SE REALIZA  
OTOSCOPIA  
CUELLO MÓVIL SIN MASAS  
TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE SIN LESIONES  
ABDOMEN CON RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE  
IRRITACIÓN PERITONEAL  
EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIMÉTRICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, PULSOS SIMÉTRICOS CONSERVADOS.  
LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS  
NO SE REALIZA

**DIAGNOSTICOS**

Código Diagnóstico

Dx Principal: ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTRAS DROG

X649

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA

890302

-

**Motivo de Remisión**

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐

3. Falta de Equipo(s)

☒

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

☐

5. Requiere otro nivel de atención

☐

6. Voluntario

☐

7. Otro

☐**INSTITUCION A LA QUE SE REMITE**

NOMBRE IPS:

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

9	4	2018	
---	---	------	--

Fecha Salida del Paciente

--	--	--	--

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☒

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☒

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

**AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA**

INTENTO SUICICIO

**EVOLUCION**

Fecha: 09/04/2018 23:40

Análisis

JOHN MAURICIO SUAREZ ANGEL

Cedula de Ciudadania : 79846102

MEDICO GENERAL

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 3 of 3

Fecha de Solicitud

9	4	2018	
---	---	------	--

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso: Cama:

09/04/2018

HOSPITAL HILARIO LUGO

Código Habilitación: 257180001801

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: LUIS FRANCISCO CASTILBLANCO GIL

Sexo : Masculino

Edad: Dias: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO

PACIENTE REGULARES CONDICIONES ANSIOSO CON TRANSTROMNO AFECTIVO BIPOLAR DE BASE CON MULTIPLES  
EPISODIOS DEPRESIVOS DIAS ANTERIORES L CON AUTOINESTION MEDICAMENTOS EN DOSIS EXECESIVAS DOCE  
PASTILAS METRONIDAOL 500 MG CON FINES SUICIDAS  
SE ORDENA MEDICACION PARA CLINICOS REMISION III NIVEL

### Plan de Tratamiento

NVO

SSN 0,9 N BOLO 2000 ML LUEGO A 100 CC HORA

LAVADO GASTRICO

RANITIDINA 5 MG EN LEV

METOCLOPRAMIDA 10 MG EN LEV

REMISION PSIQUIATRIA

FICHA EPIDEMIOLOGICA

SS/ CH BUN CREATININA TGO TGP

JOHN MAURICIO SUAREZ ANGEL

Cedula de Ciudadania : 79846102

MEDICO GENERAL

Nombre Firma y Sello del Medico responsable