

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No de Solicitud 216274
 Fecha de radicación de la Referencia 05/04/2018 08:32:46
 Hora de radicación de la Referencia 8:32:46 a. m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	18
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:	AILYN LUCIA VILLARREAL VILLAMIZAR			Identificación:	1010177117	1010177117	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento :	22/06/1988 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	29 Años \ 9 Meses \ 13 Días	AREA DE SERVICIO	2LVE10	INGRESO	2608858	
Dirección:	CALLE 2A N 18 36			Teléfono:	3204280402	Localidad	SAN EDUARDO	
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:	ELKIN VILLARREAL	Teléfono Resp:	3212265053
Dirección Resp:	CALLE 2A N 18 36		

AFILIACION SGSSS

o Paciente:	Subsidiado	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RS072 - EPS FAMISANAR SAS	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MIXTO PRESENTE	F316

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL
PSIQUIATRIA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA PSIQUIATRIA	39140-21 2LV - UNIDAD LA VICTORIA 2 F B 0 2

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	"ESTOY DECAIDA" --- VALORADA A LAS 20+15					
Examen Físico:	PACIENTE CON ANTECEDNETE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DESDE LOS 12 AÑOS DE POLARIDAD MANIACA, KAPCZINSKI I/IV. QUIEN SE ENCONTRABA CON EUTIMIA POR MAS DE 2 AÑOS EN MANEJO CON LITIO CON ADECUADA ADHERENCIA , Y BUENA INTROSPECCION. QUEDA EN EMBARAZO Y EN CONTROLES PERIODICOS CON PSIQUIATRIA DECIDEN SUSPENDER MEDICACION. DURANTE EL EMBARAZO ESTUVO ASINTOMATICA. SE ENCUENTRA PUERPERIO MEDIATO. PRESENTANDO DESDE HACE 6 DIAS DISMINUCION EN LA NECESIDAD PARA DORMIR, ANSIEDAD , IRRITABILIDAD , MIEDO, AUMENTO DE LA CODUCTA MOTORA, ALTERACIONES COMPORTAMENTALES DADO POR CONDUCTAS DESORGANIZADAS, AUMENTO EN LA VELOCIDAD DEL LENGUAJE Y DEL PENSAMIENTO SIN ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCION. DECIDE IR A LA UNIDAD DE SALUD METNAL DE LA PAZ EN DONDE SE HOSPITALIZA, SE INICIA TRATAMIENTO MEDICO Y POSTERIOR SOLICITA SALIDA VOLUNTARIA. PACIENTE CON FACIES EXPRESIVAS, MANTIENE LA MIRADA. EMITE CONTACTO VERBAL ESPONTANEO, CON REACTIVIDAD AL MEDIO, ADECUADA PRESENTACION PERSONA, CON EDAD CRONOLIGICA ACORDE CON LA APARENTE, COLABOADORA, LUCE INTRANQUILA, ESTA ALERTA, CON ORIENTACION GLOBAL, DIPROSEXICA, SIN ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA DEL LENGUAJE, TAQUILALICA, SIN FALLAS MNESCIAS, PENSAMIENTO LINEAL, DE FORMA COHERENTE, CON ASOCIACION DE LAXA DE LAS IDEAS, TAQUIPSIQUICA, EN SU CONTENIDO SIN PRESENTAR IDEACION DELIRANTE NI OBSESIVA, SIN IDEAS SUICIDAS, SIN COGNICION DEPRESIVA, , CON AFECTO MAL MODULADO, LABIL, ANSIOSA, TEMEROSA, POR MOMENTOS IRRITABLE, SIN ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCION , CON AUMENTO EN LA CODUCTA MOTORA, CON INTELIGENCIA PROEMDIO. CARDIOPULMONAR Y ABDOMINAL NORMAL, SIN FOCALZIACIONES NEUROLOGICAS , DIURESIS Y DEPOSICIONES NORMAES					
Signos Vitales	TA: 133/69	FC: 63 x Min	FR: 19 x Min	GlasGow: 15	TC: 0	Peso: 78,0000
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"/> Aminorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran					

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE CON ANTECEDNETE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DESDE LOS 12 AÑOS DE POLARIDAD MANIACA, KAPCZINSKI I/IV. QUIEN SE ENCONTRABA CON EUTIMIA POR MAS DE 2 AÑOS EN MANEJO CON LITIO CON ADECUADA ADHERENCIA , Y BUENA INTROSPECCION. QUEDA EN EMBARAZO Y EN
-------------------------------	---

CONTROLES PERIODICOS CON PSIUQUAITRIA DECIDEN SUSPENDER MEDICACION. DURANTE EL EMBARAZO ESTUVO ASINTOMATICA. SE ENCUENTRA PUERPERIO MEDIATO. PRESENTANDO DESDE HACE 6 DIAS DISMINUCION EN LA NECESIDAD PARA DORMIR, ANSIEDAD, IRRITABILIDAD, MIEDO, AUMENTO DE LA CODUCTA MOTORA, ALTERACIONES COMPORTAMENTALES DADO POR CONDUCTAS DESORGANIZADAS, AUMENTO EN LA VELOCIDAD DEL LENGUAJE Y DEL PEMSAMIENTO SIN ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCION. DECIDE IR A LA UNIDAD DE SALUD METNAL DE LA PAZ EN DONDE SE HOPSITALIZA, SE INICIA TRATAMIENTO MEDICO Y POSTERIR SOLICITA SALIDA VOLUNTARIA.

TIVO 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:

Andrés Parra E

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico PARRA ESPITIA ANDRES

Registro 80112022

Andrés Parra Espitia
Médico Psiquiatra
Pontificia Universidad Javeriana
U. Sanitas
C.C. 80112022
RM 111705/2013

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL

1.010.177
VILLARREAL VILLAMIZAR

AILYN LUCIA



22-JUN-1988
VILLAVICENCIO
(META)

1.62 A+ F

10 JUL 2006 BOGOTA D.C.

NO. 1.010.177

NO. 1.010.177



00302

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTR



Secretaría de Salud
Subred Centro Oriente E.S.E.

Unidad de Servicios de Salud La Victoria

VERIFICACIÓN DE DERECHOS Y DEFINICIÓN DE LÍNEA DE PAGO

NO.	274996
FECHA:	04/04/2018 21:06
ESTADO:	Verificado

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
AILYN	LUCIA	VILLARREAL	VILLAMIZAR

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO
Cédula de Ciudadanía	1010177117

COMPROBADORES

FOSYGA Compensados
FOSYGA DBUA
Base de datos planeación nacional
Comprobador web

OBSERVACIONES

COMPROBADOR WEB: ACTIVA FAMISANAR EPS-S N/1, SISBEN NIVEL 1 MET III, FOSYGA BDUA: ACTIVA FAMISANAR EPS-S, FOSYGA COMPENSADOS: FAMISANAR 05/2015, DNP: BOGOTA 29.09 VALIDADO

DEFINICIÓN LÍNEA DE PAGO FAMISANAR EPS S REGIMEN SUBSIDIADO

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA AMAYA HERNANDEZ ADRIANA ALEXANDRA