

## ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES DEL MUNICIPIO DE FU REMISIÓN DE PACIENTES

### INSTITUCIÓN SOLICITANTE

**DE:** ESE HOSPITAL DEPARTAMENTAL NUESTRA SEÑORA A: OTRA INSTITUCIÓN  
**CÓDIGO:** 900750333 **NUESTRA SEÑORA DE LAS MERCEDES**  
**MUNICIPIO:** FUNZA  
**FECHA SOLICITUD:** 20/05/2018 **ESPECIALIDAD SOLICITANTE:** MEDICINA GENERAL  
**EVENTO:** ENFERMEDAD PROFESIONAL  
**SERVICIO QUE REMITE:** URGENCIAS **MOTIVO DE REMISIÓN:** MAYOR NIVEL DE COMPL  
**SERVICIO AL QUE REMITE:** URGENCIAS

### IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

**Nº Historia:** CC. 1007727707 **Paciente** RINCON BENAVIDES CAMILA ALEJANDRA  
**Fecha Nacimiento:** 23/10/1999 **Edad:** 18 año(s) **Sexo:** FEMENINO  
**Residencia Habitual:** COLOMBIA\* CUNDINAMARCA\* FUNZA  
**Responsable del Paciente**

**Residencia Actual:** FUNZA

### AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL

**Régimen Subsidiado - Número de Ficha Sisben:** Nombre EPS/ARS/CAJA: CONVIDA EPS Nivel de Pobreza: AFILIADO SUB NIVEL 0

### SERVICIOS SOLICITADOS

PSIQUAITRIA

### DIAGNÓSTICO

**CÓDIGO:** Z915 **HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE**

### OBSERVACIONES

REVALORO PACIENTE QUIEN REFIERE SENTIRSE MEJOR\* REFIERE QUE AL MOMENTO SE ENCUENTRA SIN IDEACION SUICIDA\* PACIENTE COLABORADORA Y ATENTA\* PARACLINICOS CON APARENTE LEUCOCITOS CON NEUTROFILIA\* FUNCION RENAL NORMAL. PACIENTE ESTABLE\* NO EMESISS\* SIN VIA ORAL. SE CONSIDERA ANTE INTENTO DE SUICIDIO\* INICIAR TRAMITES DE REMISION PARA TERCER NIVEL. SE EXPLICA CLARAMENTE A FAMILIAR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. MANEJO POR SERVICIO DE PSIQUIATRIA.

### DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Consulta 19/05/2018 09:15 PM - CESAR MAURICIO CASTRO CALDERON - MEDICINA GENERAL

#### I-IDENTIFICACIÓN

**Nombre:** CAMILA ALEJANDRA RINCON BENAVIDES  
**Historia:** 1007727707  
**Barrio F:** SIETE TROJES  
**Dirección:** CRA 28 12-55  
**Edad:** 18 Años  
**Estado Civil:** Soltero  
**Fecha Nacimiento F:** 23/10/1999

## REMISIÓN DE PACIENTES

Municipio F: FUNZA

Nombre Responsable F: LUIS EDUARDO RINCON SANCHEZ

Sexo: Femenino

Telefono: 3105858242

Telefono Responsable F: 3105858242

Tipo Vinculacion F: Cotizante

Zona: RURAL

### II-MOTIVO DE CONSULTA

Fecha: 19/05/2018

Hora: 21:10

Es un reingreso por el mismo Dx?: NO APLICA

Causa Externa: ENFERMEDAD PROFESIONAL

Finalidad de la Consulta: ALTERACIONES DEL ADULTO

Motivo de Consulta:" SE TOMO UN CLOROX Y ACETAMINOFEN"

Es un Accidente Laboral?:NO

### III-ENFERMEDAD ACTUAL

Enfermedad Actual:PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD\* TRAIDA POR SU MADRE: REFIERE HISTORIA CLINICA DE APROXIMADAMENTE 1 HORA DE EVOLUCION. REFIERE LA MADRE INGESTA DE ACETAMINOFEN 10 TABLETAS MAS 1 VASO DE CLOROX EN UN INTENTO DE SUICIDIO LUEGO DE DISCUSION CON SU PAREJA. AL INGRESO SE PASA DE INMEDAITO A REANIMACION

Verificar Si existen Signos de Peligro en General

Observaciones:..

### SINTOMAS

Tiene Tos o Dificultad Para Respirar:NO

Observaciones:....

Tiene Diarrea:NO

Vive o Visito en los Ultimos 15 Dias

Tiene Dolor de Oido\*:NO

Tiene Problema de Oido:NO

Exudado blanco - eritema en garganta:NO

Educación En:

Prevencion de Abuso Sexual:NO

Lactancia Materna\*:NO

Alimentacion\*:NO

Estimulacion:NO

Habitos de Vida Saludable:NO

Lactancia Materna:-NO

Medidas de Buen Trato:NO

Prevencion Accidentes en el hogar:NO

Puericultura:NO

Signos de Alarma\*:NO

Otros:..

### IV-REVISION POR SISTEMA

Revision por Sistemas:..

Menarquia

Si:SI

Menarquia:12

Ciclos: 0

Fecha Ultima Menstruación:19/05/2018

Inicio Vida Sexual

Si:SI

Inicio Vida Sexual: 14

No. Compañeros Sexuales:1

## REMISIÓN DE PACIENTES

Planificación Familiar?: NO  
Método: METODOS NATURALES

Paridad  
Gestación:0  
Partos:0  
Cesáreas:0  
Abortos:0  
Vivos:0  
Mortinatos:0  
Gemelares:NO  
Fecha Ultimo Parto: 0

Gestante  
Si.:SI  
Controles Prenatales:0

### V-ANTECEDENTES

1. Patológicos:NO REFIERE
2. Farmacológicos:NO REFIERE
3. Quirúrgicos:NO REFIERE
4. Tóxicos:- NO REFIERE
- 5.Tóxicos:NO REFIERE
6. Alérgicos:- NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS
7. Traumáticos:- NIEGA
8. Psiquiátricos:NO REFIERE
10. Enfermedades de la Infancia:NO REFIERE
11. Familiares:CA ??
12. Otros:OCUPACION : HOGAT

Estado de Conciencia  
Consciente:SI

Signos Vitales  
Tensión Arterial (TA): 125/80  
Frecuencia Cardíaca (FC):80.00  
Frecuencia Respiratoria (FR):16  
Temperatura °C:37.00  
Peso (Kg):60.00  
Talla (m):1.60  
I.M.C.:23.44  
Oximetría:96.00  
Glasgow: 15/15

Hallazgos  
Cabeza y Cuello:MUCOSA ORAL HUMEDA\* NO EROSION EN CAVIDAD ORAL.NO LESIONES EN MUCOSA ORAL  
Estado general:ALGICA\* ASIEDAD

Tórax y Mama  
Cardiopulmonar:RITMICOS SIN SOPLOS. NO AGRAGADOS PULMONARES  
Mama:NORMAL

Hallazgos  
Abdomen:SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. LEVEMENTE DISTENDIDO ABDOMEN. DOLOR EN EPIGASTRIO AL PALPAR  
Genitourinario:NO EXPLORO  
Extremidades:EUTROFICAS SIN EDEMA  
Piel:NORMAL  
Neurológico:ESTADO ALGICA\* ANSIEDAD\* COLABORA. NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE

### VII-IMPRESIÓN DIAGNOSTICA

Dx. Principal: Z915-HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE

## REMISIÓN DE PACIENTES

Tipo de Diagnostico Principal: CONFIRMADO NUEVO

Análisis y Conducta: PACIENTE QUIEN INGRESA TRAIDA POR SU MADRE POR INGESTA DE CLOROX 1 VASO APROXIMADAMENTE Y ADMINISTRACION DE 10 TABLETAS DE ACETAMINFEN\* COMO INTENTO DE SUICIDIO AL TENER UNA DISCUSION CON SU PAREJA\* PRESENTA AL INGRESO ESTADO ALGICO\* NO EMESIS. ESTABLE HEMODINAMICAMENTE. SE MONITORIZA CON SIGNOS DENTRO DE LIMITES NORMALES. PACIENTE NO SE INDICA PASO DE Sonda NASOGASTRICA NI LAVADO GASTRICO DADO RIESGO DE LESIONES EN VIA ESOFAGICA SECUNDARIO A COMPONENTES DE CLOROX. SE CANALIZA\* SE HIDRATA CON 100 CC DE SODIO CLORURO Y CONTINA A 100 CC HROA. SE ADMNITRA HIOSICNA COMPUESTA\* ANTEMETICO. SOLCIITO EN FORMA INMEDIATA FUNCION HEPATICA Y RENAL\* ADEMAS HEMOGRAMA. POR EL MOMENTO SE OBSERVARA PACIENTE Y SE VIGILIRARA SIGNOS DE ALARMA: MELENAS\* HEMATEMESIS\* MAL ESTADO GENERAL\* INESTABILIDAD HEMODINAMICA. SEGUN EVOLUCION Y REPORTES DE CONTROL SE DEFINIRAN NUEVAS CONDUCTAS. UNA VEZ PACIENTE SEA ESTABILIZADA SE CONSIDERARA REMITIR PARA MANEJO POR SERVICIO DE PSIQUIATRIA.

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: CESAR MAURICIO CASTRO CALDERON

Firma



Cesar Mauricio Castro Calderon  
MEDICO GENERAL F.U.#  
R.M. 1018456465

---

Registro 1018456465