

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/06/07 Hora: 11:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	X	891800231	-0
				CC			DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA
							001

DATOS DEL PACIENTE

HERNANDEZ		GONZALEZ		DIEGO		MAURICIO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1049649048	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
X	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1996-10-26	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			CARRERA 4B N 6 70			Teléfono:	
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		Número Documento Identificación	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:						Teléfono:	
Departamento:				Municipio:			

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR			Teléfono:			
				Indicativo	Número	Extensión	
Servicio que solicita la referencia	Hospitalización PSIQUIATRIA			Teléfono Celular			
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización PSIQUIATRIA						

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD QUIEN ASISTE EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 3 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TRAUMA CRANEOENCEFALICO AL TENER UNA RIÑA EN BRASIL, SEGUN REFIERE DESDE ESE MOMENTO VIENE PRESEANTANDO CONDUCTAS INAPROPIADAS CON EPISODIOS DE FIJACION DE LA MIRADA. ADICIONALMENTE ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, SIN OTRA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/06/07 Hora: 11:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

HERNANDEZ		GONZALEZ		DIEGO		MAURICIO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1049649048	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1996-10-26	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						

Dirección de la Residencia Habitual:		CARRERA 4B N 6 70				Teléfono:	
Departamento:	BOYACA			15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37		

Fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico:

EEG TRAZADO EN VIGILIA SIN EVIDENCIA DE ACTIVIDAD EPILEPTIFORME

TOXICOS: METANFETAMINAS EN ORINA : NEGATIVO
 CANNABINOIDES EN ORINA : POSITIVO
 COCAINA EN ORINA : NEGATIVO
 BENZODIACEPINAS EN ORINA : NEGATIVO
 OPIACEOS EN ORINA : NEGATIVO
 ANFETAMINAS EN ORINA : NEGATIVO
 PO
 PH: 5.00
 NITRITOS: NEGATIVO
 LEUCOS EN ORINA: NEGATIVO
 SU: LEUCOS: 0-2 XC
 HEMATIES: 0-2 XC
 BACTERIAS: ESCASAS
 GLICEMIA: 89
 BUN: 9.7
 CREAT: 0.80
 TGO: 15.1
 TGP: 16.6
 SODIO: 143.1
 POTASIO: 4.1
 CLORO: 104.0
 CALCIO: 1.247
 FOSF: 3.8
 TREPONEMA PALLIDIUM: NO REACTIVO
 TSH: 3.16
 T4: 1.84
 TAC DE CRANEO SIMPLE: NORMAL

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/06/07 Hora: 11:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	X	891800231	-0
				CC			DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

HERNANDEZ	GONZALEZ	DIEGO	MAURICIO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		1049649048 Número documento de Identificación	
Fecha de Nacimiento: 1996-10-26			

Dirección de la Residencia Habitual:	CARRERA 4B N 6 70			Teléfono:	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37	

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 07/06/2018 08:09

Subjetivo, objetivo y análisis: PACIENTE DE 21 AÑOS CON DIAGNOSTICOS DE:

- EPISODIO PSICOTICO AGUDO
- TX DE LA CONDUCTA A ESTUDIO
- ANTECEDENTE DE TCE MODERADO HACE 4 MESES
- CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA
- HISTORIA PERSONAL DE CONSUMO DE SPA
- DEPENDENCIA A THC
- TX MENTALES Y DE LA CONDUCTA SECUNDARIOS
- HISTORIA FAMILIAR DE DEPRESION (PROGENITORA)
- ADECUADA RED DE APOYO

S// PACIENTE DE 21 AÑOS SE ENCUENTRA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR. PACIENTE HOSTIL DISTANTE DESAFIANTE REPIERE MAL PATRON DEL SUEÑO, ANSIOSO CON DEAMBULACION POR LA HABITACION CON PRESENCIA DE DESEOS DE CONSUMO DE SPA REPIERE NO PRESENTAR ALUCINACIONES AUDITIVAS NI VISUALES NO IDEAS DE AUTO O HETERO AGRESION NI IDEAS DE MUERTE EN EL MOMENTO NO PRESENTA CAMBIOS DE CONDUCTA MOTORA ACEPTA Y TOLERA LA ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS SIN EFECTOS SECUNDARIOS NO RECONOCE SU CONSUMO COMO PATOLOGICO NI EL IMPACTO EN SU SALUD Y EN SU ENTORNO SOCIAL

EL DIA DE AYER PRESENTO AGITACION PSICOMOTORA, Y AGRESION CONTRA EL PERSONAL DE ENFERMERIA POR QUE SE QUERIA IR POR LO CUAL SE INDICA ESQUEMA DE SEDACION

Análisis de resultados: REPORTE EEG: TRAZADO EN VIGILIA SIN EVIDENCIA DE ACTIVIDAD EPILEPTIFORME

Plan de manejo: PACIENTE MASCULINO DE 21 AÑOS DE EDAD, CON HISTORIA DE CONSUMO DE SPA DESDE HACE 1 AÑO, DROGA DE ALTO IMPACTO THC, PATRON DE DEPENDENCIA, TX MENTAL Y DE LA CONDUCTA SECUNDARIOS. EN EL MOMENTO EL PACIENTE MAL PATRON DEL SUEÑO REPIERE PRESENTAR DESEOS DE CONSUMO DE SPA SE ENCUENTRA HOSTIL ANSIOSO QUE SE QUIERE IR DE LA INSTITUCION TOLERA MEDICAMENTOS NO RECONOCE EL IMPACTO NEGATIVO DEL CONSUMO HACIA SU SALUD CONTINUA MANEJO INSTAURADO

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/06/07 Hora: 11:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	X	891800231	-0
				CC			DV
Código	1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

HERNANDEZ		GONZALEZ		DIEGO		MAURICIO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		1049649048			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1996-10-26			
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:			CARRERA 4B N 6 70			Teléfono:	
Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	TUNJA	15001	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37	

Diagnóstico:

S099 TRAUMATISMO DE LA CABEZA - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal
 R51X CEFALÉA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 F069 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA Estado: En estudio Tipo: Relacionado
 F129 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
 F238 OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS Estado: En estudio Tipo: Principal
 Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
 F122 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SÍNDROME DE DEPENDENCIA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
 F28X OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS DE ORIGEN NO ORGANICO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 Z532 PACIENTE FUGADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
 R462 CONDUCTA EXTRAÑA E INEXPLICABLE Estado: En estudio Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: LEVOMEPRIMAZINA 4 MG/ML (0.4%) SOLUCION ORAL X 20 ML
 RISPERIDONA 2 MG TABLETA RECUBIERTA
 RISPERIDONA 2 MG TABLETA RECUBIERTA
 LORAZepam 1 MG TABLETA
 LEVOMEPRIMAZINA 4 MG/ML (0.4%) SOLUCION ORAL X 20 ML
 LEVOMEPRIMAZINA 4 MG/ML (0.4%) SOLUCION ORAL X 20 ML
 HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
 BIPERIDENO LACTATO 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
 MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (0.1%) SOLUCION INYECTABLE

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/06/07 Hora: 11:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		-0	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

HERNANDEZ		GONZALEZ		DIEGO		MAURICIO													
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre													
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td>1049649048</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> <td>Número documento de Identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> <td>Fecha de Nacimiento: 1996-10-26</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1049649048	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1996-10-26	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1049649048																	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación																	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1996-10-26																	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería																			
Dirección de la Residencia Habitual:			CARRERA 4B N 6 70			Teléfono:													
Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	TUNJA	15001													
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37													

Motivos de remisión:

REFERENCIA
PACIENTE DE 21 AÑOS CON DX DE EPISODIO PSICOTICO AGUDO
-TX DE LA CONDUCTA A ESTUDIO
-ANTECEDENTE DE TCE MODERADO HACE 4 MESES
-CEFALEA POSTRAUMATICA CRONICA
-HISTORIA PERSONAL DE CONSUMO DE SPA
-DEPENDENCIA A THC
-TX MENTALES Y DE LA CONDUCTA SECUNDARIOS
-HISTORIA FAMILIAR DE DEPRESION (PROGENITORA)
-ADECUADA RED DE APOYO
PACIENTE REQUIERE MANEJO INTEGRAL A UNIDAD DE SALUD MENTAL

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

M⁹ Alejandra Andrade S.

Registro: 151735