

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

216739

Fecha de radicación de la Referencia

05/04/2018 16:33:17

Hora de radicación de la Referencia

4:33:17

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:	JUAN NICOLAS FLOREZ MORENO	Identificación:	1010167182	1010167182	Sexo:	Masculino	
Fecha Nacimiento :	15/08/2004 0:00:00	Edad Actual:	13 Años \ 7 Meses \ 22 Días	AREA DE SERVICIO	3BLH05	INGRESO	2610439
Dirección:	DIAGONAL 50 sur # 14 19 este	Teléfono:	3214306134	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:	ALEXANDRA MORENO	Teléfono Resp:	3214306134
Dirección Resp:	DIAGONAL 50 sur # 14 19 este		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:	Tipo de Población Especial:				
Entidad Administradora	RC034 - EPS FAMISANAR SAS SOAT -15%	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO	F919
---	------

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

3BL - UNIDAD SAN BLAS	2	F	B	0	2
-----------------------	---	---	---	---	---

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

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	"CONSUMO"					
Examen Físico:	<p>PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE REFIERE RECIBIO LLAMADO DEL COLEGIO DEL PACIENTE POR QUE SE ENCONTRABA FUMANDO MARIHUANA EN LOS ALREDEDORES DEL COLEGIO, PACIENTE REFIERE SER CONSUMIDOR HACE TRES MESES, NIEGA CONSUMO DE ALGUNA OTRA SUSTANCIA PSICOACTIVA.</p> <p>Cabeza: NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA, NO ERITEMA OROFARINGEO.</p> <p>Cuello: MOVIL NO DOLOR A LA MOVILIZACION NO MASAS NO ADENOMEGALIAS.</p> <p>Torax: TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, RUIDOS CARDIACOS: RITMICOS SIN SOPLOS AUDIBLES. RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA</p> <p>Abdomen: ABDOMEN CON PERISTALTISMO CONSERVADO, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES.</p> <p>Genitourinario: GENITALES EXTERNOS NO REVISADOS.</p> <p>Osteoarticular: EXTREMIDADES SIMETRICAS, EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, PULSOS DISTALES PRESENTES.</p> <p>Neurológico: CONCIENTE , ORIENTADO, NO MOVIMIENTOS ANORMALES, NO FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS</p> <p>Piel y Faneras: SIN LESIONES</p>					
Signos Vitales	TA: 116/84	FC: 64 x Min	FR: 20 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 40,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

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

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	<p>PACIENTE EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN REFIERE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DESDE HACE 3 MESES ULTIMO EPISODIO DE CONSUMO EL DIA DE HOY 07+00 POR LO CUAL FUE REMITIDO DEL COLEGIO SE DECIDE HOSPITALIZAR EN PEDIATRIA PARA SEGUIMIENTO INTERDISCIPLINARIO SOLICITUD DE LABORATORIOS SE LE EXPLICA A LA MADRE Y PACIENTE MANEJO MEDICO REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR HC: ANGELA MURILLO RM 1057545711</p>
-------------------------------	--

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: ☐ Voluntario

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA

DIA

MES

AÑO

Hora Militar:

Funcionario de Contacto

Cargo:

Punto de destino final:



Firma:

Datos del Pofesional que Realiza la Referencia

Medico CARRANZA TORO HECTOR ANDRES

Registro 7229984