

ESE MARIA AUXILIADORA - MOSQUERA
REMISION DE PACIENTES**INSTITUCION SOLICITANTE**

DE: ESE MARIA AUXILIADORA - MOSQUERA **A:** OTRA INSTITUCION
CÓDIGO: 832010436 ESE MARIA AUXILIADORA
MUNICIPIO: MOSQUERA
FECHA SOLICITUD: 31/05/2018 **ESPECIALIDAD SOLICITANTE:** MEDICINA GENERAL
EVENTO: ENFERMEDAD GENERAL
SERVICIO QUE REMITE: URGENCIAS **MOTIVO DE REMISIÓN:** NIVEL DE ATENCION
SERVICIO AL QUE REMITE: URGENCIAS

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: CC 1073237122 **Paciente** RODRIGUEZ FONSECA IVAN ANDRES
Fecha Nacimiento: 10/02/1990 **Edad:** 28 año(s) **Sexo:** MASCULINO
Residencia Habitual: COLOMBIA* CUNDINAMARCA* MOSQUERA
Responsable del Paciente
AGUSTIN RIDRIGUEZ
Residencia Actual: MOSQUERA

AFILIACION AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL

Régimen Contributivo - Beneficiario Administradora: EPS FAMISANAR SAS

SERVICIOS SOLICITADOS

PSIQUIATRIA

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: F711 **RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO**

OBSERVACIONES

PACIENTE CON CRISIS DE ANSIEDAD*AGRESIVO CON LAS PERSONAS DE SU ENTORNO*SX BIPOLARIDAD*VS ESQUIZOFRENIA*SE REMITE PARA UNIDAD ESPECIALIZADA PARA MANEJO INTEGRAL DE SU CUADRO.ANHTCEDENTES DE RETARDO MENTAL LEVE.

PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria Urgente

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

Consulta 31/05/2018 09:02 PM - WHITMAN ANGULO CENTENO - MEDICINA GENERAL

IDENTIFICACION GENERAL

Historia: 1073237122

Fecha: 31/05/2018

Hora: 20:59

Nombre: IVAN ANDRES RODRIGUEZ FONSECA

Edad: 28 Años

Fecha Nacimiento F: 10/02/1990

Ocupacion: PERSONAS QUE NO HAN DECLARADO OCUPACION

REMISION DE PACIENTES

Estado Civil: Soltero

Sexo: Masculino

Natural de: CUNDINAMARCA

Procedente De: MOSQUERA

Direccion: CRA 2 E 4 99

Barrio F: EL DIAMANTE ORIENTAL

Municipio F: MOSQUERA

Zona: URBANO

Telefono: 3115594936

IDENTIFICACION DEL ACOMPAÑANTE

Nombre de Acompañante: AGUSTIN RODRIGUEZ

Identificacion del Acompañante:17

Direccion de Acompañante: CALLE 5 E NO 2 E 07

Tel. del Acompañante:1

Parentesco.: PADRE

IDENTIFICACION DE LA PERSONA RESPONSABLE

Nombre Persona Responsable: 1

Identificación:1

Dirección.: 1

telefono de persona responsable:1

Parentesco: 1

Datos de la Consulta

Tiempo en horas del reingreso?: NO APLICA

Consulta urgencias accidente de trabajo?:NO

MOTIVO DE CONSULTA

Referido por paciente *acompañante o autoridad: CRISIS DE CONDUCTA

ENFERMEDAD ACTUAL

(Descripción médica):PACIENTE CON RETARDO MENTAL DE ALGUN GRADO*PRESENTO ESTADO DE CRISIS Y AGREDIO A FAMILIARES*CON LOS QUE VIVE*MADRE*PADRE Y HERMANA.

REVISIÓN POR SISTEMAS

(Descripción de hallazgos positivos por sistemas):ALTEARCION DE LA CONDUCTA.

Antecedentes Familiares

Describe cuáles: NIEGA

Antecedentes Personales

Ant. Patológicos: EPILEPSIA* RM LEVE

Ant. Hospitalarios: NIEGA

Ant. Quirurgicos: NIEGA

Ant. Toxico-alergicos: NIEGA

Ant. Farmacologicos: VALPROATO 500 MG CADA 12 HORAS RISPERIDONA 1 MG CADA DIA

Ant. Transfuncionales: NIEGA

Ant. Traumaticos: NIEGA

Antecedentes pediátricos:-

Ampliación de antecedentes positivos:CERTRALINA 1 CADA 12 HORAS

Estado General

Regular:SI

SIGNOS VITALES

Temperatura:36.50

FC(min):102

FR (min): 18

Tensión arterial: 110/70

GLASGOW: 15/15

Peso (Kg):70.00

REMISION DE PACIENTES

Talla (m): 0

EXAMEN FÍSICO

Estado de Hidratación: NORMAL

Estado de Conciencia: ALERTA

Cabeza y C. Cabelludo: NORMOCEFALO*CONDUCTA ALTERADA

Cara: INDIFERENTE

Otorrinolaringológico: NORMAL

Corazón y Vasos

Ruidos cardíacos(descripción): EPANSIBLE*RSCSRS

Respiratorio

Ruidos Respiratorios: SIN AGREGADOS SAT DE 02 96%

Abdomen

Descripción: BLANDO*DEPRESIBLE

Genito-Urinario

Descripción: NO SE EXAMINA -

Miembros

Miembros Inferiores: Normal

Miembros superiores: Normal

Resto del examen físico

Neurológico: ALTERACION DE LA CONDUCTA

Ampliación de Datos Positivos: ALTERACION DE LA CONDUCTA

DIAGNOSTICO

Dx. Principal: F209-ESQUIZOFRENIA* NO ESPECIFICADA

Dx. Relacionado 1: F711-RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO* QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO

Dx. Relacionado 2: F319-TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR* NO ESPECIFICADO

Tipo de Diagnostico Principal: IMPRESION DIAGNOSTICA

Causa Externa: ENFERMEDAD GENERAL

Finalidad de la Consulta: No Aplica

PLAN DE MANEJO

Conducta: 1-TAPON VENOSO

2-HALOOPERIDOL 1 AMP .I.V

3-MIDAZOLAM 5 MGS*I.V

4-REMISION A PSIQUIATRIA

Justificacion: ALTERACION DE LA CONDUCTA*CRISIS *SE REMITE A PSIQUIATRIA.

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: WHITMAN ANGULO CENTENO

Firma

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Whitman', is written over a circular medical stamp. The stamp contains the text 'Whitman Angulo C.', 'MEDICO GENERAL', 'UPRIME TRU', and 'RM 341540'.

Registro 94377862