516159

# ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

TODA	W CIÓN DE	I DEDCE LE CE					rec	ha; 2018/04/13	Hora	: 11:43
- CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH		L PRESTADOR PITAL SAN RAFA		Т А	***************************************		NIT X 89180	2221		
Nombre	L.G.L HOSI	TIAL SAN KAFA	LEL TON	JA			CC A 89180	1231	6	-0
Código	15001003	87		Dirección Prestador:	CRA 11 22	7 - 27 TUNJA - E		00	-	- DV
Teléfono	8	7405030		Jan Colon I rostator.	Jeka II 2	7 - 27 TONJA - 1	DOTACA			***************************************
	Indicativo	Núme	ro	Departamento:	BOYACA	**********************	15 Municipiq	TINIA	*********	001
	1	I			S DEL PAC	IENTE	13 Intumerpro	TONIA		1001
	WILCH	IES		GONZALEZ	JS DELTAC	JUA	N I	1	DAVID	
	1er Ape	llido		2do Apellido		1er No			Nombr	rp.
Re Ta X Cé	egistro Cívil rjeta de Ident edula de Ciud	ladania	PR	Pasaporte Adulto sin Iden Menor sin Iden				1049652537 locumento de Ider	ıtificació	bn Hell
	dula de Extr						Fecha	le Nacimiento:	1998-01	-08
	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	encia Habitual:		CALLE 10A 12 33			·	Teléfor	o: 3203	3684368
Departam		OYACA			15	Municipio:	TUNJA			15001
ENTIDAI	RESPONS	ABLE DEL PAC	GO: NU	JEVA EPS-S			Código	EPSS37		
	1 11		*************	DATOS DE LA PERSOI	NA RESPON	ISARI E DEL P	ACIENTE			[014]
NO TIENI	Report to the second		NO T			TENE	ACIENTE	NO TIENE		
	1er Ane	Ilido		2do Apellido	1101	1er No	mbre		o Nombi	ra
Re Ta Cé	egistro Civil rjeta de Ideni edula de Ciud edula de Extr	ladanía	911	Pasaporte Adulto sin Iden Menor sin Iden			Númere	Documento Ident		<b>D</b>
		encia Habitual:		***************************************		***************************************		Teléfoi		
Departan	<del></del>	THE RESIDENCE				Municipio:	7	xeicio	10.	
Dego	1 101	DD.C	PECIOS	LAX ONE COLUMN A L						
C 75	1.050			AL QUE SOLICITA LA I	REFERENC		·			
Nombre	MUNOZ	MENDOZA OMA	AR HUM	BERTO		Teléfono:	98	740503		
- Constant			·				Indicativo	Númer	0	Extensión
Servicio q	ue solicita l	a referencia	Urgeno	ias PSIQUIATRIA		******************	Teléfono Celula			
Servicio p	ara el cual s	se solicita la refe	rencia	Hospitalización UNID	AD SALUD	MENTAL		=		4
. 10	The Ford of			INFORMACIO	ÓN CLÍNICA	A RELEVANTE	1			
Anamnesi	is:									
MADRE ( METIÓ U	GLADYS ST N BICHO PO DESEOS DI	TELLA WILCHE: OR EL CULO Y A	S) CONS AHORA I	E DE CONSUMO DE SUS JULTA POR CUADRO CL LO SIENTO EN MI CORAZ E SUSTANCIAS PSICOAG	ÍNICO DE AI ZÓN, SIENTO	LTERACIONES O QUE SE ESTA	SENSOPERCEPT A ALIMENTANDO	VAS "ESTABA EN DE MÍ, DE MI SA	I UN BU NGRE."	JS Y SE ME PACIENTE
andr.	1 141.0 I			, b						1.12.4
	Day	ana C	ard	elar form	n case	2				1
		70. 1974 (7.700)		- A						100000000000000000000000000000000000000
										1 Distributes
2.0431 [64										
7 (17 ) W										
										Mary Company of the
v#653	Karaja I									
	Ligitati i									761 F (12F 12A
a Herida d	-4,612 to									SYSPAIR PARKET



Historia de la Ra Departe de la Partirio del Partirio de la Partirio de la Partirio del Partirio de la Partirio del Partirio del Partirio de la Partirio del Partir

Production and the

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

							Fe	ha: 2018/04/13	Hora:	11:43
IFORM	ACIÓN DE	LPRESTADOR					- 1			
Nombre	E.S.E HOSP	ITAL SAN RAFAEL T	UNJA			NIT X	X 89180	0231		-0 DV
Código .	150010038	37	Dirección Prestador:	CRA 11	27 - 27 TUNJA - 1	BOYACA				
Teléfono	8	7405030								
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	1	15 1	Municipie	: TUNJA		001
		***************************************	DATO	S DEL PA	CIENTE					
	WILCH	IES	GONZALEZ		JU	AN			DAVID	**************************************
	1er Apel	llido	2do Apellido		1er Ne	ombre		2	do Nombre	
Ta X, Cé Cé	gistro Civil rjeta de Ident dula de Ciud dula de Extra de la Reside	adanía	Pasaporte Adulto sin Iden Menor sin Iden  CALLE 10A 12 33					1049652537 documento de Id de Nacimiento:	1998-01-08	1269
Departam		OYACA	0.1.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.00.	15	Municipio:	TUNJA		Telev	mo.   3203084	15001
		ABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S	110	Transcipio.	11011311	Código	EPSS37		12001
Examen F	ísico:								***********************	
Neurológ PORTE Y VOCIFER FONDO A DISCURS	ACTITUD, I ANTE,NO NSIOSO,PE O, INTROSE	POCO COLABORADO ACTITUD DESAFIAN NSAMIENTO IDEAS PECION Y PROSPECO	CONCIENTE, DESORIENTAL OR, DESALIENADO, DESCU ITE EN EL MOMENTO. REFI S DE ORIGEN DELIRANTE D CION NULA ONDUCTA MOTORA ADEC	IDO EN SU ERE ALTE E TIPO SO	J ASPECTO PER: ERACIONES SEN	SONAL, I ISOPERC	LENGUA. EPTIVAS	E CLARO Y COI CENESTESICAS	HERENTE S. CON AFEC	TO DE
	rata (de S							***************************************	115.115.6	Witness e
	In a de C.						- 1			



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/13 11:43 FORMACIÓN DEL PRESTADOR Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNIA NIT X 891800231 -0 CC DV Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA Teléfono 7405030 R Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001 DATOS DEL PACIENTE WILCHES GONZALEZ JUAN DAVID 1er Apellido 2do Apellido 1er Nambre 2do Nombre Tipo Documento de Identificación Registro Civil Pasaporte 1049652537 Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Número documento de Identificación Cédula de Ciudadanía X Menor sin Identificación Cédula de Extranjería Fecha de Nacimiento: 1998-01-08 Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 10A 12 33 Teléfono: 3203684368 Departamento: | BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S Código: EPSS37 Resumen de la Evolución: **EVOLUCIÓN** Fecha: 13/04/2018 08:10 Subjetivo, objetivo y análisis: RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA: NOTA RETROSPECTIVA NATURAL: TUNJA PROCEDENTE: TUNJA VIVE SOLO HABITANTE DE CALLE? ELIGION: CATOLICO MC "SE ME METIO UN BICHO POR EL CULO EN EL BUS" EA. ". PACIENTE MASCULINO DE 20 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA DE LARGA DATA, MARIHUANA - CRIPI-BAZUCO, CONOCIDO EN ESTA INSTITUCION (ULTIMA HOSPITALIZACION CON EGRESO EL 16 DE MARZO DE 2018), POR TRASTORNO MENTAL Y DE LA CONDUCTA DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, QUIEN HA RECIBIDO MANEJO EN CENTROS DE ATENCION EN DROGADICCION EN VARIAS OCASIONES, PRESENTADO REINCIDENCIA EN EL MISMO. PACIENTE TRAIDO AL SERVICIO DE URG DEL HSRT POR LA PROGENITORA , REFIEREN REACTIVACION DE TX COMPORTAMENTALES ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS "IBA EN EL BUS Y UN BICHO SE ME METIO POR EL CULO, SE MUEVE DENTRO DE MI Y LO TENGO EN EL PECHO, ME ESTA CHUPANDO EL CORAZON ". PACIENTE CON PERSISTENCIA DE CONSUMO DE SPA ,EN ALTAS CONCENTRACIONES , DESDE EGRESO DE ULTIMA HX, ULTIMO EL DIA DE AYER EN HORAS DE LA TARDE, BAJO EFECTO DE SUSTANCIAS PRESENTA SINTOMATOLOGIA PSICOTICA, ACTIVA EN EL MOMENTO "DR TOMEME UNA RADIOGRAFIA PARA VER QUE BICHO TENGO EN EL CORAZON, SE ALIMENTA DE MI". MADRE REFIERE QUE ULTIMA VEZ ESTUVO HOSPITALIZADO EN CLINICA DE LA PAZ, EN EL MOMENTO NO CUENTA CON HISTORIA CLINICA, ESTANDO HX POR 8 DIAS APROX, INDICAN MANEJO CON ACIDO VALPROICO Y LEVOMEPROMAZINA MAMA REFIERE QUE TRAS EGRESO DE LA HOSPITALIZACION , PACIENTE RECAE EN EL CONSUMO DE BAZUCO, NO CUMPLE COMPROMISOS PACTADOS EN EL HOGAR POR LO QUE LA MAMA LO SACA DEL MISMO, DESDE ENTONCES AL PARECER HABITA EN CALLE . ANTECEDENTES: PATOLOGICOS: NIEGA. QUIRURGICOS: NIEGA, ALERGICOS: NIEGA. TOXICO: MARIHUANA- CRIPI- BAZUCO. HOSPITALIZACIONES: MULTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS, ULTIMA EN CLINICA LA PAZ DURANTE I SEMANA, REFIERE RETIRO VOLUNTARIO POR PARTE DE LA MADRE, SIN EMBARGO NO SE PUEDE CORROBORAR DICHA INFORMACION. PSIQUIATRICOS: LO DESCRITO EN HC. FAMILIARES: NIEGA Plan de manejo: PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR LA PROGENITORA POR TX DE LA CONDUCTA, ACTIVIDAD DELIRANTE Y ALUCINATORIA ACTIVA, TRAS RECAIDA EN EL CONSUMO DE SPA, DERIVADOS DE LA COCAINA (BAZUCO), ADEMAS DE ENCONTRARSE E ESTADO DE INDIGENCIA, HABITA EN CALLE ANTECEDENTE IMPORTANTE DE TRASTONO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A SPA (THC-COCAINA). QUIEN HA REQUERIDO TIPLES HX E INTERVENCIONES CON FINES DE DESINTOXICACIÓN, SIN EMBARGO PACIENTE RECAE EN CONSUMO. EN EL MOMENTO NTE CON SX DE PSICOSIS ACTIVOS. SPITALIZA POR PSIQUIATRIA, SE SOLICITA A MADRE HISTORIA CLINICA DE ATENCION EN LA PAZ, SE NICIAN REMISION USM QUIATRIA, LUEGO DIRECCIONAR A CAD MODO INSTITUCIONAL.

... INFORMA ADEMAS NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS, VIGILANCIA ESTRICTA POR RIESGO DE FUGA,



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

FORM	IACIÓN DE	L PRESTADOR							re	ma. 201	0/04/13	riora;	11:43
Nombre	E.S.E HOSI	PITAL SAN RAFAE	EL TUNJA		**********	***************************************		NIT	X 89180	0231			-0 DV
Código	15001003	87		Dirección Prestador:	CR	A 11 27	- 27 TUNJA -		CA				
Teléfono	8	7405030	***************************************						***************************************				
	Indicativo	Número	***************************************	Departamento:	ВО	YACA	*************	15	Municipio	TUNIA			001
				DATO	OS DE	EL PAC	IENTE	.J		1.0.0.			1001
	WILCH	IES		GONZALEZ		T	JU	AN			DA	VID	abilian a arana an
Tino	1er Ape	llido o de Identificación		2do Apellido	mannana		1er N	ombre			2do N	ombre	
	egistro Civil	THE AMERICAN CAUSE		Pasaporte									
The state of the s	rjeta de Ident	idad		Adulto sin Ider	ntifica	ción			****	10496			
A C Introduced And A	dula de Ciud			Menor sin Ider					Número	document	o de Identii	icación	
Céo	dula de Extr	ınjeria							Fecha	de Nacim	iento: 19	98-01-08	3
Dirección	de la Reside	ncia Habitual:	CA	ALLE 10A 12 33		DESCRIPTION OF THE PROPERTY OF					Teléfono:	320368	34368
Departame	ento:	OYACA				15	Municipio:	TUN.	JA		4	ł	15001
ENTIDAD	RESPONS	ABLE DEL PAGO	: NUE	VA EPS-S					Código:	EPSS37	7	***************************************	
AGHACI	UN								AAAAAAA AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA				Trical
-TRASTO PSICOAC - TX DE L	IO PSICOTION PRINCES MEN TIVAS LA CONDUC	CTA DISOCIAL	POR SPA	A AMIENTO DEBIDOS A	L USC	DE M	ULTIPLES DR	OGAS	Y AL USO D	E OTRAS	SUSTANC	IAS	
iagnóstic	UAR RED I	DE APOYO					******************************						
195 TRAS PSICOACT T300 QUE E199 TRAS PSICOACT	STORNOS I TIVAS: TRA MADURA I STORNOS I TIVAS: TRA	STORNO PSICOT DE REGION DEL ( MENTALES Y DEI STORNO MENTA	ICO Esta CUERPO L COMPO L Y DEL	DRTAMIENTO DEBIDO do: Confirmado nuevo Ti Y GRADO NO ESPECI DRTAMIENTO DEBIDO COMPORTAMIENTO A PERSONALIDAD Es	ipo: Pi FICAI OS AL - NO	rincipal DOS Est USO DI ESPECI	ado: Confirmac E MULTIPLES	lo nuevo DROG	o Tipo: Relac SAS Y AL US	ionado	TOLE SLET	NICIAS	
Tratamien	itos Aplicad	os:										200	
Medicamer	ntos adminis	trados: MIDAZOLA	AM 5 MG	/5 ML (0.1%) SOLUCIO	N IN	YECTAI	BLE						31011
Motivos de REFEREN REMISION	AND STREET, MAN		***************************************								***********	************	***************
Fire	ma)		vorocruoceeee,	RMA Y REGISTRO DI	EL PR	ROFESI	ONAL QUE R	EMIT		gistro: S	962-03	7. (C.) 1. (C.)	
TATILBALL							and some and amplicate and animal value of the source was	***************************************					



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

EOD	L CIÓN DE							Fed	ia: 2018/04/13	Hora:	11:44
***********		L PRESTADO ITAL SAN RAI		JA			NIT X	891800	231		-0
Código	150010038	37		Dirección Prestador:	CRA11	27 - 27 TUNJA - I	CC				DV
Teléfono	8	7405030		220000112000001	Jeleati 2	27 1 UNJA - 1	SUTACA				
	Indicativo	Núm	ero	Departamento:	BOYACA		15 Mur	ioinio	TUNJA		Tool
					OS DEL PAG		13 14141	acipio.	TUNJA		1001
	WILCH	IÈS		GONZALEZ		JUA	AN		T DA	VID	
	ler Apel	lido		2do Apellido		1er No	mbre			lombre	
Re Tai	Documento gistro Civil rjeta de Ident dula de Ciud dula de Extra	adanía	ón	Pasaporte Adulto sin Iden Menor sin Iden					1049652537 ocumento de Identii e Nacimiento: 19	ficación 98-01-08	- MAKANA
Dirección	de la Reside	ncia Habitual:		CALLE 10A 12 33					Teléfono:	·	
Departam	ento:	OYACA	l-	***************************************	15	Municipio:	TUNJA		1 ciciono.	1320300	15001
ENTIDAL	RESPONS	ABLE DEL PA	GO: NU	EVA EPS-S			<u> </u>	ódigo:	EPSS37		13001
	Anglieuti .							durgo.	21 0037		1.,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,
NO TIENI		***************************************	Two my	DATOS DE LA PERSON			ACIENTE				
	ler Apel		NO TI	2do Apellido	NO.	TIENE			NO TIENE	The State of	
Cé	dula de Ciud dula de Extra de la Reside			Menor sin Ident	niicacion	***************************************	***************************************		Teléfone:	Total (in	
Departam	ento:					Municipie:	1			4-3-6	1000
ar izele i to san	enikoraj ji	PRO	OFESION.	AL QUE SOLICITA LA R	REFERENC	CIA Y SERVICIO	) AL CUAL S	SE REA	AITE.		1500:
Nombre	MUNOZ N	MENDOZA OM				Teléfono:	98		7405030		
		1					Indicat	ivo	Número	2.3	Extensión
Servicio q	ue solicita la	referencia	Urgenci	as PSIQUIATRIA		***************************************	Teléfono (		1144101		LIKUTISTO!
Servicio p	ara el cual s	e solicita la refe		Hospitalización PSIQU	JIATRIA			***************************************	1		
19.7	THE TE					A RELEVANTE					
Anamasi				MYDONIVIACIO	IN CLINIC	ARELEVANIE				***********	
METIÓ UN REFIERE I DÉLIRAN	E MASCULII GLADYS ST N BICHO PO DESEOS DE TES,	R EL CULO Y	S) CONSI AHORA L	E DE CONSUMO DE SUS ULTA POR CUADRO CLÍ O SIENTO EN MI CORAZ E SUSTANCIAS PSICOAC	NICO DE A 'ÓN SIENT	LTERACIONES O OUE SE ESTÁ	SENSOPER	CEPTIV	AS "ESTABA EN U	N BUS Y	SE ME
in de la la Paratralia		7				***************************************		1		- 700	
	7.7575										
											1.600.000
errulit i	17 19 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1										
											(A)
7.	Š.										



BYHH

NETPONERLIST

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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:44 IFORMACIÓN 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 WILCHES GONZALEZ JUAN DAVID fer Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre Tipo Documento de Identificación Registro Civil Pasaporte 1049652537 Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Número cocumento de Identificación X Cédula de Ciudadanía Menor sin Identificación Cédula de Extranjería Fecha de Nacimiento: 1998-01-08 Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 10A 12 33 Teléfono: 3203684368 Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S Cédigo: EPSS37 Examen Físico: Neurológico y Mental Neurológico y Mental, Anormal, ALERTA, CONCIENTE, DESORIENTADO PARCIALMENTE EN TIEMPO, ORIENTADO PERSONA Y LUGAR, CON MAL PORTE Y ACTITUD, POCO COLABORADOR, DESALIENADO, DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE VOCIFERANTE, NO ACTITUD DESAFIANTE EN EL MOMENTO. REFIERE ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS CENESTESICAS, CON AFECTO DE FONDO, ANSIOSO, PENSAMIENTO IDEAS DE ORIGEN DELIRANTE DE TIPO SOMATICO, INTERPRETACION DEL RANTES, CIRCUNSTANCIAL EN SU DISCURSO, INTROSPECION Y PROSPECCION NULA UICIO DESVIADO, NO AUTOCRITICO, CONDUCTA MOTORA ADECUADA



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:44 FORMACIÓN 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 7405030 8 Indicativo Número Departamento: BOYACA Municipio: TUNJA 001 DATOS DEL PACIENTE WILCHES GONZALEZ IIIAN DAVID 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2de Nombre Tipo Documento de Identificación Registro Civil Pasaporte 1049652537 Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Número documento de Identificación Cédula de Ciudadanía Menor sin Identificación Cédula de Extranjería Fecha de Nacimiento: 1998-01-08 Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 10A 12 33 Teléfono: 3203684368 Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S Cédigo: EPSS37 Resumen de la Evolución: EVOLUCIÓN Fecha: 13/04/2018 08:10 Subjetivo, objetivo y análisis: RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA: NOTA RETROSPECTIVA NATURAL: TUNIA PROCEDENTE: TUNJA VIVE SOLO HABITANTE DE CALLE? ELIGION: CATOLICO MC "SE ME METIO UN BICHO POR EL CULO EN EL BUS" EA " PACIENTE MASCULINO DE 20 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA DE LARGA DATA, MAR HUANA - CRIPI-BAZUCO, CONOCIDO EN ESTA INSTITUCION (ULTIMA HOSPITALIZACION CON EGRESO EL 16 DE MARZO DE 2018), POR TRASTORNO MENTAL Y DE LA CONDUCTA DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, QUIEN HA RECIBIDO MANEJO EN CENTROS DE ATENCION EN DROGADICCION EN VARIAS OCASIONES, PRESENTADO REINCIDENCIA EN EL MISMO. PACIENTE TRAIDO AL SERVICIO DE URG DEL HSRT POR LA PROGENITORA , REFIEREN REACTIVACION DE TIX COMPORTAMENTALES ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS "IBA EN EL BUS Y UN BICHO SE ME METIO POR EL CULO, SE MUEVE DENTRO DE MI Y LO TENGO EN EL PECHO, ME ESTA CHUPANDO EL CORAZON ". PACIENTE CON PERSISTENCIA DE CONSUMO DE SPA ,EN ALTAS CONCENTRACIONES , DESDE EGRESO DE ULTIMA HX , ULTIMO EL DIA DE AYER EN HORAS DE LA TARDE, BAJO EFECTO DE SUSTANCIAS PRESENTA SINTOMATOLOGIA PSICOTICA, ACTIVA EN EL MOMENTO "DR TOMEME UNA RADIOGRAFIA PARA VER QUE BICHO TENGO EN EL CORAZON, SE ALIMENTA DE MI". MADRE REFIERE QUE ULTIMA VEZ ESTUVO HOSPITALIZADO EN CLINICA DE LA PAZ, EN EL MOMENTO NO CUENTA CON HISTORIA CLINICA, ESTANDO HX POR 8 DIAS APROX, INDICAN MANEJO CON ACIDO VALPROICO Y LEVOMEPROMAZINA. MAMA REFIERE QUE TRAS EGRESO DE LA HOSPITALIZACION, PACIENTE RECAE EN EL CONSUMO DE BAZUCO, NO CUMPLE COMPROMISOS PACTADOS EN EL HOGAR POR LO QUE LA MAMA LO SACA DEL MISMO, DESDE ENTONCES AL PARECER HABITA EN CALLE . ANTECEDENTES: PATOLOGICOS: NIEGA. QUIRURGICOS: NIEGA, ALERGICOS: NIEGA, TOXICO: MARIHUANA- CRIPI- BAZUCO. HOSPITALIZACIONES: MULTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS, ULTIMA EN CLINICA LA PAZ DURANTE I SEMANA, REFIERE RETIRO VOLUNTARIO POR PARTE DE LA MADRE, SIN EMBARGO NO SE PUEDE CORROBORAR DICHA INFORMACION. PSIQUIATRIÇOS: LO DESCRITO EN HC. FAMILIARES: NIEGA Plan de manejo: PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR LA PROGENITORA POR TX DE LA CONDUCTA, ACTIVIDAD DELIRANTE Y ALUCINATORIA ACTIVA ; TRAS RECAIDA EN EL CONSUMO DE SPA DERIVADOS DE LA COCAINA (BAZUCO), ADEMAS DE ENCONTRARSE E ESTADO DE INDIGENCIA, HABITA EN CALLE ANTECEDENTE IMPORTANTE DE TRASTONO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A SPA (THC-COCAINA). QUIEN HA REQUERIDO MOL TOPLES HX E INTERVENCIONES CON FINES DE DESINTOXICACIÓN, SIN EMBARGO PACIENTE RECAE EN CONSUMO. EN EL MOMENTO VTE CON SX DE PSICOSIS ACTIVOS SPITALIZA POR PSIQUIATRIA, SE SOLICITA A MADRE HISTORIA CLINICA DE ATENCION EN LA PAZ, SE NICIAN REMISION USM

E INFORMA ADEMAS NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS, VIGILANCIA ESTRICTA POR RIESGO DE FUGA,

IQUIATRIA, LUEGO DIRECCIONAR A CAD MODO INSTITUCIONAL.



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

FORM	IACIÓN DE	L PRESTADOR				Fec	na: 2018/04/13	Hora:	11:44
***************************************		PITAL SAN RAFAEL T	UNJA			NIT X 89180	0231		-0 DV
Código	15001003	87	Dirección Prestador:	CRA 11 2	7 - 27 TUNJA -				DV.
Teléfono	8	7405030	L						
1113	Indicativo	Número	Departamento:	воуаса		15 Municipio	TINIA		001
	-			OS DEL PAC	HENTE	J. J	1000		1001
	WILCH	IES	GONZALEZ			AN		DAVID	
28374 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	1er Ape	llido	2do Apellido		1er No	ombre	24	do Nombre	mananananan
Re Ta	gistro Cívil rjeta de Ident		Pasaporte Adulto sin Ide	ntificación		Númera	1049652537 ocumento de Id		
Cé	dula de Ciud dula de Extra	njería	Menor sin Ider	ntificación			te Nacimiento:	1998-01-08	
Dirección	de la Reside	ncia Habitual:	CALLE 10A 12 33				Teléfo	no: 32036843	68
Departam	ento: B	OYACA		15	Municipio:	TUNJA			15001
ENTIDAI	RESPONS	ABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S			Código:	EPSS37		4
iagnósti 195 TRA	A CONDUC UAR RED I co: STORNOS I	MENTALES Y DEL C	OMPORTAMIENTO DEBIDO	OS AL USO D	DE MULTIPLES	DROGAS V AT US	O DE OTRAS SI	ISTANCIAS	
T300 QUE F199 TRA PSICOAC	TIVAS: TRA MADURA I STORNOS I TIVAS: TRA	STORNO PSICOTICO DE REGION DEL CUE MENTALES Y DEL CO STORNO MENTAL Y	DESTADO: Confirmado nuevo TERPO Y GRADO NO ESPECI OMPORTAMIENTO DEBIDO DEL COMPORTAMIENTO DEL COMPORTAMIENTO DE LA PERSONALIDAD ES	ipo: Principal FICADOS Es DS AL USO D - NO ESPEC	tado: Confirmad DE MULTIPLES VIEICADO Estad	o nuevo Tipo: Relac DROGAS Y AL US	onado O DE OTRAS SI	ISTANICIAS	11.50
Tratamie	itos Aplicad	os:	***					\$ 14.1 (A) \$ 1 \$	
Medicame	ntos adminis	trados: MIDAZOLAM	5 MG/5 ML (0.1%) SOLUCIO	ON INYECTA	BLE				
	e remisión:	~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~							1
REFEREN REMISIO		3						100000000000000000000000000000000000000	
	Part Hall	NORMON AND AND AND AND AND AND AND AND AND AN	FIRMA Y REGISTRO D	EL PROFES	IONAL QUE R	EMITE			
PHAREA									
	ma)		***************************************			Reg	istro: 962-03		
			444446						

Consecutivo:

RE-1405771





Paciente: WILCHES GONZALEZ, JUAN DAVID, Identifi	cado(a) con CC-1049652537	
Edad y Género: 20 Años, Masculino	Segundo Identificador:	GLADIS, WILCHES
Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO	Nombre de la Entidad:	NUEVA EPS-S
Servicio/Ubicación: PISO1 URG OBS O CAMA TMP/I URG OBS PASILLO EXTERNO	P1 Habitación: U402	Identificador Único: 516159-12

F195: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:

TRASTORNO PSICOTION	CO
---------------------	----

		REFERENCIA Y CONTRARE	EFERENCIA		
Fecha Inicio	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Date	s Clínicos / Justificación / Observaciones
	TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES SECUNDARIODO DE PACIENTES (LAM)				O A USM

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por:

OMAR HUMBERTO MUÑOZ MENDOZA, PSIQUIATRIA, CC: 7173571, Reg: 962-03

Firmado Electrónicamente

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Dirección: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA -Telefono:7405030 TUNJA - 169 - Web: www.hospitalsan afaeltunja.gov.co