



HOSPITAL SAN CARLOS DE SALDAÑA
NIT. 890701300
Km 1 Via Purificacion (Tel:2266052)

Remisiones
201804180227 - 1
 SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Día: 19 Mes: 04 Año: 2018 **No. Historia Clínica:** NU1109490552

Paciente (Datos Basicos)			
Nombres y Apellidos LAURA XIMENA LLANOS ROJAS			
Documento de Identidad:	NU 1109490552	Genero:	Femenino
Edad:	19/11/2004 - 13 Año(s)		
Dirección:	LA PRADERA	Telefono:	00
Municipio:	SALDAÑA	Departamento:	Tolima
Zona:	Urbana		
Responsable del Usuario:	ANYGEL ROJAS		
Aseguradora:	NUEVA EPS S.A.	Regimen:	Subsidiado POS

Datos de las Referencias			
Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
18/04/2018	19/04/2018	URGENCIA.	MEDICINA GENERAL
Modalidad de Solicitud	Servicio al que se remite	Especialidad	
Remision	PSIQUIATRI.	PSIQUIATRI.	

Remisión	
Motivo: Nivel de competencia	Medico que Remite: JESSICA VIVIANA SUAREZ MORENO
Autorización: X	
Descripción	
PACIENTE FEMENINA DE 17 AÑOS DE EDAD, INGRESA EN COMPAÑIA DE LA AMDRE, REFIERE CAUDRO CLNICO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN COSUMO DE 5 TABLETAS DE LORTADINA POR QUE ESTABA PELANDO CON LA AMDRE, POR QUE NO LA HABIA DEJADO SALIR Y POR QUE SE QUERIA MORIR POR QUE ESTABA ABURRIDA, REFEIRE IDEAS DE RUINA, CULPA, MINUSVALIA, REFEIRE MALAS RELACINES CON LA MADRE POR QUE DSEDE HACE 20 DIAS ESTAN VIVINDO EN EL PUEBLO. PERSITENCIA DE IDEAS DE MUERTE, NO ESTRUCTURADAS. REFEIRE SENCACION DE VERTIGO ASI COMO LEVE DIAFORESIS. NIEGA ANTECNDE TE DE IMPORTANCIA. AL EXAMEN FSIICO APCEINTE ENACPETABELS CONDICIONE GENRALES, ALSERTA, FEBRIL, HIDRATDA, SIN HALAZOGS POSITIVOS A EXAMEN FISICO, PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, PSUDOPROSEXICA, NO ALTERACION DE LA MEMORIA, PENSAMINTO ILOGICO, CON IDEAS SOBREALORADAS DE RUINA CULPA Y MINUSVALIA, AFECTO HIPOMODULAO DE FONDO TRISTE, JUICIO Y RACIOCINIO COMPROMETIDO, INTROPECCION POBRE, PROPSPECCION EN CONSTRUCCION. PACINTE CON INTENTO DE SUICIDO, PNEDENTE REPROTE DE PARALCNISO, SE ICNIAN TRAMITES DE REMSIION APRA VALOACION Y MANEJO INEGRAL POR ELSERVIIICO DE PSIQUAITRIA, SE EXPLIC A LA AMDRE QUIEN REFIERE ENNDER YA CPETAR.	
Firma y Sello	
Cedula:	1110540600
Registro Prof:	

DX Principal : EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS **Código CIE:** F322

Nivel de Competencia
Nivel que Remite: 1 **Nivel al que Remite:** 1

Hora Solicitud
Hora: 08 **Minutos:** 27

Hora Confirmación
Hora: 08 **Minutos:** 27
Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): X

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)

Hora: **Minutos:**
Nombre del Conductor: **No. Placa Ambulancia:**

Impreso por:

JOSE GUILLERMO CASTRO ESCOBAR
 ADMINISTRATIVO