



NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN
NIT. 890702241-0
Calle 2 No. 5-07 (Tel:2479663)

Remisiones
201804220011 - 1
 SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Día: 22 Mes: 04 Año: 2018 **No. Historia Clínica: CC1033801951**

Paciente (Datos Basicos)			
Nombres y Apellidos ALONSO NIÑO CASTRO			
Documento de Identidad:	CC 1033801951	Genero: Masculino	Edad: 26/10/1997 - 20 Año(s)
Dirección:	AV CLL 60N18A SUR		Telefono: 7925019
Municipio: SANTA FE DE BOGOTA D.C.	Departamento: Bogota	Zona: Urbana	
Responsable del Usuario: BOMBEROS			
Aseguradora:	EPS FAMISANAR SAS	Regimen:	Contributivo

Datos de las Referencias			
Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
22/04/2018	22/04/2018	URGENCIA.	MEDICO - RURAL
Modalidad de Solicitud		Servicio al que se remite	Especialidad
Remision		PSIQUIATRI.	PSIQUIATRI.

Remisión	
Motivo: Nivel de competencia	Medico que Remite: DIEGO RODRIGUEZ SAENZ
Autorización: X	
Descripción PACIENTE MASCULINO DE 20 AÑOS DE EDAD QUIEN ES TRAIDO POR BOMBEROS POR ENCONTRARSE DESORIENTADO, EN CONSULTA SE ENCUENTRA PACIENTE TAQUILALICO, TAQUIPSIQUICO, CON COPROLALIA, POCO COLABORADOR, REFIERE QUE CONSUMIO LSD Y "PEPAS", EN EL MOMENTO DE LA VALORACION SE ENCUENTRA PACIENTE POCO COLABORADOS, SUSPICAZ, CON IDEAS MISTICO-RELIGIOSAS " HABLO CON DIOS Y CON EL DIABLO, SOLO HABLAN CONMIGO ". SE DECIDE ADMINISTRAR L. RINGER 2000CC, PACIENTE SE TORNA AGRESIVO POR LO QUE SE ADMINISTRA 5MG DE MIDAZOLAM, PASAN 5 MINUTOS Y PACIENTE NO PRESENTA RESPUESTA A ESTE, POR LO QUE SE ADMINISTRA OTROS 5 MG DE MIDAZOLAM INICIO TRAMITES DE REMISION A PSIQUIATRIA. SIGNOS VITALES: TA: 110/70 MMHG; FR: 16 RPM; FC: 80PPM; SATO2: 94%.	
Firma y Sello	
Cedula:	1110520937
Registro Prof:	
DX Principal:	TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Código CIE: F198

Nivel de Competencia	
Nivel que Remite: 1	Nivel al que Remite: 5

Hora Solicitud	
Hora: 17	Minutos: 54

Hora Confirmación	
Hora: 17	Minutos: 54
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:

YENIFER PAOLA CRIALES HERRERA
 AUXILIAR DE ENFERMERIA