ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES





(precisional styl

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/03/31 09:13 Hors: INFORMACIÓN DEL PRESTADOR NIT X 891800231 -0 Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA DV CC Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA Teléfono 7405030 Municipio: TUNJA 001 Departamento: BOYACA Indicativo Número DATOS DEL PACIENTE DEL CARMEN MARIA **ORDUÑA** SOLER 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre 1er Apellido Tipo Documento de Identificación 51766620 Registro Civil Pasaporte Adulto sin Identificación Tarjeta de Identidad Número documento de Identificación Menor sin Identificación X., Cédula de Ciudadanía Fecha de Nacimiento: 1963-03-30 Cédula de Extranjería CR 2 ESTE 11 21 Teléfono: 3123853074 Dirección de la Residencia Habitual: 15001 15 Municipio: TUNJA Departamento: BOYACA Código: EPS037 NUEVA EPS-C ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE NO TIENE NO TIENE NO TIENE NO TIENE 2do Nombre 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre Tipo Documento de Identificación Registro Civil Pasaporte Adulto sin Identificación Tarjeta de Identidad Número Documento Identificación Menor sin Identificación Cédula de Ciudadanía Cédula de Extranjería Teléfono: Dirección de la Residencia Habitual: Municipio: Departamento: PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE Nombre Teléfono: ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR Indicativo Número Extensión Hospitalización PSIQUIATRIA Teléfono Celular Servicio que solicita la referencia Hospitalización PSIOUIATRIA Servicio para el cual se solicita la referencia INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TAB EN MANEJO CON ACIDO VALPROICO, INGRESA EN COMPAÑIA DEL FAMILIAR QUIEN REFIERE QUE LA PACIENTE PRESENTA ALTERACION DEL PATRON DE SUEÑO, SOLILOQUIOS, RISAS INMOTIVADAS, EN OCASIONES SE TORNA AGRESIVA. Examen Físico: Neurológico y Mental Neurológico y Mental: Anormal, PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, MEMORIA CONSERVADA, POCO COLABORADORA DEMANDANTE, ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL, TAQUIPSIQUICA, IDEAS DELIRANTES DE REFERENCIALIDAD, LOGORREICA, COPROLALICA, AFECTO IRRITABLE, EXPANSIVO, HIPOREXICA, PROSPECCION JUICIO E INTRSOPECCION COMPROMETIDOS a care like in more state of h PACH ATEMPER ATTEREDALES

ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/03/31 09:13 Hora: INFORMACIÓN DEL PRESTADOR -0 NIT X 891800231 Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA DV CC Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA Código 1500100387 Teléfono 8 7405030 001 15 Municipio: TUNJA BOYACA Indicativo Número Departamento: DATOS DEL PACIENTE MARIA DEL CARMEN SOLER **ORDUÑA** 1er Nombre 2do Nombre 2do Apellido 1er Apellido Tipo Documento de Identificación 51766620 Registro Civil Pasaporte Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Número documento de Identificación Cédula de Ciudadanía Menor sin Identificación Fecha de Nacimiento: 1963-03-30 Cédula de Extranjería 3123853074 Teléfono: CR 2 ESTE 11 21 Dirección de la Residencia Habitual: 15001 15 TUNJA Municipio: BOYACA Departamento: NUEVA EPS-C Código: EPS037 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: Resumen de la Evolución: **EVOLUCIÓN** Fecha: 31/03/2018 06:52 Subjetivo, objetivo y análisis: ***EVOLUCIÓN PSIQUIATRIA*** PACIENTE DE 55 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE: -TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR-EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS -DIABETES MELLITUS, NOES PACIENTE EN PRESENCIA DE ACOMPAÑANTE (HIJO), REFIERE ADECUADO PATRON DE SUEÑO Y TOLERANCIA A MANEJO MEDICO INSTAURADO, SIN EMBARGO CON MAL PATRÓN ALIMENTARIO, PERSISTE AFECTO IRRITABLE Y ACTITUD HOSTIL DADA POR ESTANCIA HOSPITALARIA. Análisis de resultados: Paraclinicos: GLIC: 101, BUN: 15, C: 0.74, UREA: 32, TGO: 25.7, TGP: 27, WBC: 7.780, N: 52%, L:36%, HB:15, HTO: 45, PLAQ:258,000, TSH: 3.73, T4: 1.16 Plan de manejo: PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTES FAMILIARES DE CARACTERISTICAS SIMILARES, CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DESDE HACE 10 AÑOS, QUIEN CURSA CON CUADRO ACTUAL DE MANIA, Y QUIEN HA REQUERIDO DE MULTIPLES HOSPITALIZACIONES, ULTIMA EN EL 2017 EN LA INSTITUCION. ACTUALMENTE CON DATOS DE MANIA CON SINTOMAS PSCITOCOS, POR LO QUE AMERITA MANEJO INTRAHOSPITALARIO. PARACLINICOS EN SANGRE DENTRO DE PARAMETROS NORMALES, PENDIENTE VALORACIÓN POR LOS SERVICIOS DE PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL.CONTINUA VIGILANCIA ESTRICTA POR PSIQUIATRIA. F312 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR - EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal E149 DIABETES MELLITUS - NO ESPECIFICADA SIN MENCION DE COMPLICACION Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado Tratamientos Aplicados: Medicamentos administrados: BIPERIDENO LACTATO 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE ValPROICO ACIDO 250 MG CAPSULA BLANDA **QUETIAPINA 25 MG TABLETA RECUBIERTA** CLONAzepam 2 MG TABLETA **QUETIAPINA 25 MG TABLETA RECUBIERTA** Procedimientos Realizados: Codigo CUPS: 903883Descripción: GLUCOSA SEMIAUTOMATIZADA GLUCOMETRIACantidad: 1

ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Example 1

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INFORM	ACIÓN DE I	PRESTADOR	FORMATO ESTANDARIZ	ADO DE RI	EFERENCIA	DE PAC		12: 2018/0	03/31	Hora:	09:13	
		TAL SAN RAFAEL	TINIA		***********	NIT X	891800	0231			-0	
Nombre	E.S.E RUSPI	TAL SAN KAFAEL	JIONJA			CC	0,71000	1231			DV	
Código	150010038	7	Dirección Prestador:	CPA 11 2	7 27 TINIA							
Teléfono	8	7405030	Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA									
reterono			Day outom on to	BOYACA	***************************************	15 N	Municipio:	TUNIA			001	
	Indicativo	Número	Departamento:	OS DEL PAC	TENTE] 13]	viumcipio.	TIONJA			1001	
	ORDUÑ	TA I	SOLER	JS DEL FAC		RIA		T	DEL (CARMEN		
1er Apellido			2do Apellido				lombre			2do Nombre		
			200 Apenido		let iv	omore			Duc	. (ombre		
									nto de Identificación			
		ncia Habitual:	CR 2 ESTE 11 21						Teléfond	3123853	3074	
Departam		OYACA		15	Municipio:	TUNJA					15001	
		ABLE DEL PAGO	: NUEVA EPS-C			1	Código:	EPS037				
Motivos (le remisión:											
			FIRMA Y REGISTRO I	DEL PROFES	SIONAL QUE	REMITE						
	121	1 ⁹ Mgi	, is a series	£5.								
i Fi	rma:						Re	gistro: 15	51735			
Directión Directión Resealtar Resealtar Verrese	91:586									. N.S.	1173 130	