

**ENTIDAD REMITENTE**
**AVIDANTI S.A.S. - CLÍNICA AVIDANTI IBAGUÉ**
**ENTIDAD DESTINO**
**OTRO**

Nro Solicitud

4248

\*Fecha de Referencia

26/05/2018 02:52:21 p.m.

\*\* No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria

Dia

Mes

Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio ☐

2. En Urgencias ☒

3. Hospitalizado ☐

Tipo de atención

1. Electiva ☐

2. Electiva prioritaria ☐

3. Urgente ☒

4. Hospitalización ☐

Identificación del paciente

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

**RIGOBERTO**
**DIAZ**
**VALDERRAMA**

Edad: Años 54 Meses 10 Días 7 Dirección residencia CLL 17 N 13 22 ANCON

T.D. C.C No. Identificación 14244557

Teléfono 2612209

CC Cédula de ciudadanía

RC Registro civil

MSI Menor sin identificación

Sexo

Localidad

IBAGUE

TI Tarjeta identidad

PA Pasaporte

ASI Adulto sin identificación

☒

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido

RIGOBERTO DIAZ VALDERRAM

Dirección residencia

Teléfono 2612209

Afilación SGSSS

Subsidiado

☐

Clasif. Socioec.

☐

Nivel SISBEN

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5-6

Población Especial

☐

Contributivo

☒

Particular

☐

No. Ficha

☐

I. Indígena

S. IVA Social

M. Menor en protección

Entidad Administradora:

NUEVA EMPRESA PROMOT

Otro régimen:

G. Indigente

D. Desplazado

O. Otros

Solicitud de referencia

Fecha:

Dia

26

Mes

5

Año

2018

Hora:

14:52
☒ AM

☐ PM

Edad gestacional:

Nombre del procedimiento solicitado		Código del Servicio Solicitado	Identificación de Instituciones			
			Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino
1						

**ANAMNESIS : REMITIDO POR PSIQUIATRA PARA HOSPITALIZACION.**
**PACIENTE DE 54 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA, REMITIDO POR PSIQUIATRA POR DESCOMPENSACION DE SU PATOLOGIA DADA POR MAL ASEO, DESCUIDO EN SU ARREGLO PERSONAL, HIPOREXIA, INSOMNIO, ALUCINACIONES AUDITIVAS, JUICIO DE REALIDAD DEBILITADO E INTROSPECCIÓN NULA.**
**EXAMEN FISICO : SE OBSERVA ALERTA. DESASEADO**
**TA 110/70 FC 70 FR 14 To. 36.5 SAT 95%**
**ORL NORMAL.**
**C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS.**
**ABD BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO.**
**EXT SIMÉTRICAS, SIN EDEMAS.**
**NEUR SIN FOCALIZACIÓN.**
**MENTAL ACTITUDES CATATONICAS, AFECTO PLANO, ALUCINACIONES AUDITIVAS.**
**RESUMEN : PACIENTE DE 54 ÑOS DE EDAD, CON ANT DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, ACUDE REMITIDO POR PSIQUIATRA POR DESCINPENSACIÓN DE SU PATOLOGÍA DE BASE, DESCUIDO EN EL ASEO PERSONAL, ACTITUDES CATATÓNICAS Y DROMOMANIA, HIPOREXIA E INSOMNIO. SS VALORACIÓN Y MANEJO HOSPITALARIO POR PSIQUIATRIA.**
**EXAMENES DE LABORATORIO :**
**\*\* CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS - 26/may/18 17:51**
**° Creatinina ->>**
**Creatinina 0.81;**
**\*\* NITRÓGENO UREICO - 26/may/18 17:51**
**° Nitigeno Ureico BUN ->>**
**BUN 11.8;**
**\*\* GLUCOSA EN SUERO U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA - 26/may/18 17:50**
**° GLICEMIA ->>**
**GLICEMIA 85;**
**\*\* HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS ÍNDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECUENTO DE PLAQUETAS ÍNDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO - 26/may/18 17:22**
**° Hemograma III ->>**
**CCMH 32.8; Eosinofilos 1; Globulos Rojos 4.10; HCM 32.1; Hematrocito 40.1;**
**Hemoglobina 13.2; Leucocitos 6.140; Linfocitos 23; Monocitos 5;**
**Neutrofilos 71; Plaquetas 260.000; VCM 97.9;**

Nombre del diagnóstico

Código diagnóstico

1 **ESQUIZOFRENIA PARANOIDE**
**F200**
**TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA PARANOIDE CON TRATAMIENTO IRREGULAR, ACUDE**

REMITIDO POR PSIQUIATRA DE LA EPS POR DETERIORO DE SU CONDICION MENTAL.

SE INDICA OBSERVACIN EN URGENCIAS PARA REMISION.  
SS LABS, EKG.  
INMOVILIZACIÓN EN 4 PUNTOS  
MIDAZOLAM 10 MG AHORA Y 10 MG SEGUN AGITACION.  
LEVOMEPROMAZINA 100 MG C/12H  
CLONAZEPAM 2 M EN LA NOCHE  
PIPOTIAZINA 2 AMP DIA CADA 15 DIAS  
SS REMISION PARA VALORACIÓN Y MANJEIO POR PSIQUIATRIA.

Motivo Referencia:

1. Servicio no ofertado

☐
2. Ausencia del profesional

☐
3. Falta de insumos

☐
4. Falla en equipos

☐
5. Falta de camas

☐
6. Cese de actividades

☐
7. Emergencia sanitaria

☐
8. Otro; cuál

SIN DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO

Datos del profesional que referencia

Nombre

HECTOR AUGUSTO OSPINA ANGARITA

☐ Médico / Odontólogo General

Firma

☐ Médico / Odontólogo Especialista

Registro

733797

\*\*Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

\* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

☐

Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

\*\* Información suministrada por el profesional autorizado

☐

Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento