



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

Fecha: 2 0 1 8 - 0 4 - 2 7 Hora: 2 2 : 0 1

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre H O S P I T A L R E G I O N A L D E M I R A F L O R E N I T X 8 0 0 1 5 2 9 7 0
 S B O Y E S E M E D I A N A C O M P L E J I D A D
 Código 1 5 4 5 5 0 0 7 2 6 0 1 Dirección: C A L L E 2 N ° 1 0 - 1 4 f a c t u r a c i o
 Teléfono: 7330152- Departamento: B O Y A C A 1 5 Municipio: M I R A F L O R E S 4 5 5
 3143600439

DATOS DEL PACIENTE

U S A N O T I E N E M A R I A D E L T R A N S I T O
 1er. Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo Documento de Identificación
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte 2 3 7 5 5 2 3 4
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación Numero Documento de Identificación
☒ Cedula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cedula de Extranjería Fecha de Nacimiento 1 9 7 4 - 0 1 - 0 2
 Dirección de Residencia Habitual V I L L A L O R E N A Teléfono 3 1 2 4 6 3 0 0 9 7
 Departamento: B O Y A C A 1 5 Municipio: M I R A F L O R E S 4 5 5
 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO N U E V A E P S CODIGO: E P S 0 3 7

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er. Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre
 Tipo Documento de Identificación
☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación Numero Documento de Identificación
☐ Cedula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cedula de Extranjería
 Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:
 Departamento: Municipio:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre L A U R A L I Z E T H M O J I C A M O R E N Teléfono
 O Indicativo Numero Extensión
 Servicio que solicita la referencia U R G E N C I A S - O B S E R Teléfono Celular
 Servicio para el cual se solicita la referencia P S I Q U I A T R I A

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnostico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión, al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION DE INSOMNIO DE CONCILIACION, AGITACION PSICOMOTORA ASOCIADO A IDEAS DELIRANTES DE PERSECUCION "ESPOSO ME QUIERE MATAR", ASOCIADO A IDEACION SUICIDA "ME QUIERO MATAR Y BOTAR AL RIO" AL EXAMEN FISICO PACIENTE POCO COLABORADORA CON IDEAS FIJAS "DONDE ESTA RAMIRO" "DONDE ESTA DIANA", PENSAMIENTO POCO PRODUCTIVO CONCRETO. FAMILIARES REFIEREN EPISODIO DE SIMILARES CARACTERISTICAS HACE 2 AÑOS RECIBIO MANEJO POR PSIQUIATRIA NO APORTAN HISTORIA CLINICA. SE CONSIDERA PACIENTE CURSA EN ESTE MOMENTO CON EPISODIO PSICOTICO AGUDO, Y TRASTORNO DE ANSIEDAD MIXTO, SE INDICO ANTIDEPRESIVO Y ATIPICOSITICO ATIPICO .PENDIENTES TOMA DE PARACLINICOS PARA DESCARTAR SINDROME MENTAL ORGANICO

Elaboró:

LAURA LIZETH MOJICA MORENO
 MEDICINA GENERAL