

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

9 4 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

08/03/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: ORLANDO CASTRO HURTADO

Sexo : Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CLLE 11 N - 18 - 73

T.D. CC Nro. Identificación: 9520918

Zona: Urbano X Rural

Teléfono: 7713458

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: SOGAMOSO

Seguridad Social en Salud: Contributivo

E.P.S.: NUEVA EPS-S -- Hospitalizado Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Nivel 1 A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO DE 60 AÑOS DE EDAD. TIENE ANTECEDENTE DE TRASTORNO BIPOLAR EN SU CASA NO RECIBIA TRATAMIENTO Y NO HA SIDO LLEVADO A CITAS DE PSIQUIATRÍA. SE FUGÓ DE LA CASA Y FUE ENCONTRADO CON QUEMADURA EN MANO DERECHA Y POLITRAUMATISMO POR LO CUL A FUE HOSPITALIZADO EN ESTA INSTITUCION PERO CIRUGIA PLASTICA YA DIO EGRESO. PACIENTE CONTINUA SINTOMATICO. SE OPTIMIZA TTO CON ÁCIDO VALPROICO TAB 250 MG 2-2-2 Y QUETIAPINA TAB 100 MG 2-2-2 Y LORAZEPAM TAB 1 MG 1-1-1. ALTO RIESGO DE AUTO HETEROAGRESIÓN AGITACIÓN Y FUGA. SE INICIA TRÁMITE DE REMISIÓN A USM. SE EXPLICA CLARAMENTE A FAMILIAR EL PLAN DE MANEJO QUIEN REFIERE ACEPTAR Y ENTENDER.

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: CONTUSION DEL TORAX

S202

Dx Rel 1: CONTUSION DE LA REGION LUMBOSACRA Y DE LA PELVIS

S300

Dx Rel 2: QUEMADURA DE LA MUÑECA Y DE LA MANO, DE SEGUNDO GRADO

T232

Dx Rel 3: CONTUSION DE LA PARED ABDOMINAL

S301

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐

3. Falta de Equipo(s)

☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

☐

5. Requiere otro nivel de atención

☒

6. Voluntario

☐

7. Otro

☐

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

Fecha Salida del Paciente

9 4 2018

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☒

Hospitalización

☐

Otro

EVOLUCION

Fecha:

Plan de Tratamiento



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable