

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/22 **Hora:** 18:05

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 890703630		-7	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

SERNA		UBILLUS		MARIA		CAMILA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		1110536735			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1993-04-20			
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:			NO REPORTA			Teléfono: 1	
Departamento:				Municipio:			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS S.A.			Código: EPS037	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		MARIA		CAMILA SERNA UBILLUS	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		1110536735			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		Número Documento Identificación			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación					
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:			NO REPORTA			Teléfono: 1	
Departamento:				Municipio:			

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	MONICA LORENA CIFUENTES MATEUS		Teléfono:			
			Indicativo	Número	Extensión	
Servicio que solicita la referencia	Urgencias MEDICINA GENERAL		Teléfono Celular			
Servicio para el cual se solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA					

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

SE TOMÓ UN VENENO

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/22 **Hora:** 18:05

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	890703630	-7
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

SERNA		UBILLUS		MARIA		CAMILA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1110536735			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1993-04-20			
Dirección de la Residencia Habitual:		NO REPORTA				Teléfono:	1
Departamento:				Municipio:			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS S.A.			Código:	EPS037	

Examen Físico:

ABDOMEN
ABDOMEN: Normal, blandod epresible no dolor a la palpacion no signso de irritacion peritoneal

ASPECTO GENERAL
ASPECTO: Normal, mucosa oral humeda

CUELLO
CABEZA-CUELLO: Normal, no adenopatias

MIEMBROS
EXTREMIDADES: Normal, sin edemas

NEUROLOGICO
NEUROLOGICO: Anormal, alerta conciente orientada en todas las esferas, afecto de fondo plano, animo triste

TORAX
TORAX: Normal, rscs ritmicos no soplos mv presente sin agregados

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/22 Hora: 18:05

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	CLINICA TOLIMA S.A.	NT	<input checked="" type="checkbox"/>	890703630	-7
		CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	730010105001	Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22		
Teléfono	8	2708000			
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73
			Municipio:	IBAGUE	001

DATOS DEL PACIENTE

SERNA	UBILLUS	MARIA	CAMILA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1110536735	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1993-04-20	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:	NO REPORTA		Teléfono: 1
Departamento:		Municipio:	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS S.A.	Código:	EPS037

Fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico:

20/04/2018 20:53 HEMOGRAMA.
PLAQUETASResultado: 374 10^3/uL
MCHCResultado: 31.60 g/dl
MPVResultado: 9.40 fL
LINFOCITOS ATIPICOSResultado: %
NORMOBLASTOSResultado: %
RDW-SDResultado: 42.70 fL
LEUCOCITOSResultado: 13.38 10^3/uL
NEUTROFILOSResultado: 66 %
LINFOCITOSResultado: 23.20 %
EOSINOFILOSResultado: 6 %
BASOFILOSResultado: 0.40 %
MONOCITOSResultado: 4.40 %
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULARResultado: mm/ 1 hora
HEMATIESResultado: 4.83 10^6/uL
HEMOGLOBINARResultado: 13.40 g/dl
HEMATOCRITORResultado: 42.40 %
MCVResultado: 87.80 fL
MCHResultado: 27.70 pg
RDW-CVResultado: 13.50 %
20/04/2018 21:20 TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]
DEL CONTROLResultado: 9.90 SEGUNDOS
DEL PACIENTERResultado: 10.80 SEGUNDOS
PT CORREGIDO DILUCION 1/ 8Resultado: SEGUNDOS
PT CORREGIDO DILUCION 1/ 4Resultado: SEGUNDOS
PT CORREGIDO DILUCION 1/ 2Resultado: SEGUNDOS
CONTROL DILUCION 1/4Resultado: SEGUNDOS
PT CON DILUCION 1/ 4Resultado: SEGUNDOS
CONTROL DILUCION 1/2Resultado: SEGUNDOS
PT CON DILUCION 1/ 2Resultado: SEGUNDOS
INRResultado: 1.09
ISI: VALOR NUMERICO:0.98Resultado: *
20/04/2018 21:20 TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]
CONTROL DILUCION 1/ 4Resultado: SEGUNDOS
DEL CONTROLResultado: 25 SEGUNDOS
PTT CORREGIDO DILUCION 1/2Resultado: SEGUNDOS
PTT CORREGIDO DILUCION 1/4Resultado: SEGUNDOS
PTT CORREGIDO DILUCION 1/8Resultado: SEGUNDOS
PTT CON DILUCION 1/ 4Resultado: SEGUNDOS
CONTROL DILUCION 1/ 2Resultado: SEGUNDOS
PTT CON DILUCION 1/ 2Resultado: SEGUNDOS
DEL PACIENTERResultado: 24.50 SEGUNDOS
20/04/2018 21:31 CREATININA EN SUERO
.Resultado: 0.66 mg/dL
20/04/2018 21:32 NITROGENO UREICO [URIN]

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/22 **Hora:** 18:05

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/>	890703630		-7
				CC <input type="checkbox"/>			DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

SERNA		UBILLUS		MARIA		CAMILA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1110536735	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1993-04-20	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			NO REPORTA				Teléfono: 1
Departamento:				Municipio:			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS S.A.			Código:	EPS037

20/04/2018 21:32 NITROGENO UREICO [BUN]
.Resultado: 10.20 mg/dL
UREA EN SANGREResultado: mg/dL
20/04/2018 21:32 SODIO
.Resultado: 143 mmol/L
20/04/2018 21:32 POTASIO
.Resultado: 4.18 mmol/L
20/04/2018 21:32 CLORO [CLORURO]
.Resultado: 105.70 mmol/L
20/04/2018 21:32 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFE
.Resultado: 9 U/L
20/04/2018 21:32 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA
.Resultado: 7 U/L
20/04/2018 21:32 FOSFATASA ALCALINA
.Resultado: 61 U/L
20/04/2018 21:32 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
BILIRRUBINA TOTALResultado: 0.19 mg/dL
BILIRRUBINA DIRECTAResultado: 0.07 mg/dL
BILIRRUBINA INDIRECTAResultado: 0.12 mg/dL
20/04/2018 21:32 AMILASA
.Resultado: 43 U/L
21/04/2018 09:16 HEMOGRAMA.
LINFOCITOSResultado: 24.20 %
RDW-CVResultado: 13.60 %
LINFOCITOS ATIPICOSResultado: %
NORMOBLASTOSResultado: %
RDW-SDResultado: 43.20 fL
PLAQUETASResultado: 343 10^3/uL
MCHCResultado: 32 g/dl
LEUCOCITOSResultado: 8.89 10^3/uL
NEUTROFILOSResultado: 62.90 %
MPVResultado: 9.40 fL
EOSINOFILOSResultado: 7.40 %
BASOFILOSResultado: 0.30 %
MONOCITOSResultado: 5.20 %
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULARResultado: mm/ 1 hora
HEMATIESResultado: 4.43 10^6/uL
HEMOGLOBINARResultado: 12.50 g/dl
HEMATOCRITORResultado: 39.10 %
MCVResultado: 88.30 fL
MCHResultado: 28.20 pg
21/04/2018 09:32 CREATININA EN SUERO
.Resultado: 0.50 mg/dL
21/04/2018 09:32 NITROGENO UREICO [BUN]
UREA EN SANGREResultado: mg/dL
.Resultado: 6.30 mg/dL
21/04/2018 09:32 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFE

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/22 **Hora:** 18:05

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 890703630	-7
				CC <input type="checkbox"/>	DV
Código	730010105001	Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22		
Teléfono	8	2708000			
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73
			Municipio:	IBAGUE	001

DATOS DEL PACIENTE

SERNA		UBILLUS		MARIA		CAMILA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1110536735			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1993-04-20			
Dirección de la Residencia Habitual:		NO REPORTA				Teléfono:	1
Departamento:				Municipio:			
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS S.A.			Código:	EPS037	

21/04/2018 09:32 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA
.Resultado: 12 U/L
21/04/2018 09:32 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA
.Resultado: 10 U/L
21/04/2018 11:22 SODIO
.Resultado: 141.10 mmol/L
21/04/2018 11:22 POTASIO
.Resultado: 3.45 mmol/L

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 22/04/2018 11:14
Subjetivo, objetivo y análisis: paciente de 25 años con dx
1. intoxicacion exogena por piretroide
2. intento de suicidio
paciente que tolera la via oral no emesis no otra sintomatologia
Plan de manejo: paciente de 25 que ingreso por intoxicacion exogena por piertroide con fines suicidas en el momento asintomatica, con cuadro de intoxicacion resuelta, en el momento estable hemodinamicamente sin sirs
completo 48 horas de observacion tramite de remision a psiquiatria

Diagnóstico:

X680 ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR Y EXPOSICION A PLAGUICIDAS: VIVIENDA Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Principal
F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: RINGER X 500 ML
RINGER X 500 ML
RANITIDINA 50 MG AMPOLLA X 2ML
SOLUCION SALINA 0.9% SLN X 500 ML
SOLUCION SALINA 0.9% SLN X 500 ML
OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS

Motivos de remisión:

REFERENCIA
SS

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma: _____ **Registro:** 65634835