

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

217355

Fecha de radicación de la Referencia

06/04/2018 18:08:57

Hora de radicación de la Referencia

6:08:57 p.m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	4
1. Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	2. En Urgencias	<input type="checkbox"/>
3. Hospitalización	<input type="checkbox"/>	1. Electiva	<input type="checkbox"/>
		2. Electiva Prioritaria	<input type="checkbox"/>
		3. Urgente	<input type="checkbox"/>
		4. Hospitalización	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	JAVIER ANDRES BASTIDAS MORA	Identificación:	1010245505	1010245505	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	30/04/1999 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	18 Años \ 11 Meses \ 7 Días	AREA DE SERVICIO	3BLU02	INGRESO
Dirección:	CARRERA 2 # 16A-38 TORRE 2 APTO 1604	Teléfono:	3153762686	Localidad	LOC. SANTAFE	
CC Cedula de Ciudadania	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar		

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)

Responsable:	MILENA RODRIGUEZ	Teléfono Resp:	3153762686
Dirección Resp:	CARRERA 2 # 16A-38 TORRE 2 APTO 1604		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC015 - SANTAS EPS-C	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	F322

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

	3BL - UNIDAD SAN BLAS	2	F	B	0	2					
NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :	I NIVEL:	II NIVEL:	III NIVEL:								

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	TRASLADO PRIMARIO
Examen Físico:	PACIENTE QUE POSTERIOR A DISCUSION CON PAREJA SENTIMENTAL INGIERE BEBIDAS ALCOHOLICAS, BAJO EFECTOS DE EMBRIAGUEZ REFIERE IDEACION SUICIDA AL INTENTAR LANZAMIENTO AL VACIO, PACIENTE SE ARREPIENTE Y SE AUTOAGREDE CON OBJETO CORTANTE (VIDRIO) EN ANTEBRAZOS, ADICIONALMENTE REFIERE ESTRES ACADEMICO.
Signos Vitales	TA: 100/60 FC: 74 x Min FR: 20 x Min GlasGow: 14 TC: 0,0000 Peso: 1,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	

Ginecobstétricos:	G: 0 P: 0 A: 0 C: 0 Edad Gestante: 0 Sem FCF: 0 Alt Uterina: 0
	<input type="checkbox"/> Actividad Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	Paciente con cuadro clinico de dos dias de evolucion de sintomas depresivos de incremneto rapido, con intento de suicidio el día de ayer, antecedente de intentode suicidio hace tres añoscon pobre manejo, en el momento se evidenican sintomas depresivos de importancia, con pobre crtiica de intento actual y persistencia de ideas dem uerte, se decide hospitalizar para estabilizacion y manejo, se inicia manejo famracologico, sesolicitan laboratorios y porceso de remision.
-------------------------------	---

MOTIVO REFERENCIA

1. Servicio no ofertado	<input type="checkbox"/>	3. Falta de Insumos	<input type="checkbox"/>	5. Falta de Camas	<input type="checkbox"/>	7. Emergencia Sanitaria	<input type="checkbox"/>	9. Ausencia de Convenio	<input type="checkbox"/>
2. Ausencia de Profesional	<input type="checkbox"/>	4. Falta de Equipos	<input type="checkbox"/>	6. Cese de Actividades	<input type="checkbox"/>	8. Requiere manejo otro nivel	<input type="checkbox"/>	10. Devolucion Injustificada	<input type="checkbox"/>
11. Otro:	<input type="checkbox"/>	Falta_Cama_IPS_Remite							

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA	DIA	MES	AÑO	Hora Militar:	Funcionario de Contacto	Cargo:	Punto de destino final:
-------	-----	-----	-----	---------------	-------------------------	--------	-------------------------

Firma:

Datos del Pofesional que Realiza la Referencia

Medico PEDRAZA PIEDRAHITA MIGUEL FELIPE

Registro 91534958