



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

Fecha: 2 0 1 8 - 0 4 - 0 5 Hora: 0 4 : 1 7

**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: 7330152-3143600439 Departamento: B O Y A C A 1 5 Municipio: M I R A F L O R E S 4 5 5

**DATOS DEL PACIENTE**

S A N C H E Z M O R E N O D I A N A I S A B E L  
 1er. Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte 1 0 5 7 4 1 2 4 9 0  
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación Numero Documento de Identificación  
☒ Cedula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación  
☐ Cedula de Extranjería Fecha de Nacimiento 1 9 9 5 - 1 1 - 2 7

Dirección de Residencia Habitual V D A L A D E R A S Teléfono 3 1 2 4 1 0 4 6 6 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 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 ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA SIMPLE QUIEN ES TRAIDA POR FAMILIARES POR CUADRO CLINICO DE 6 DIAS DE EVOLUCION DE APATIA AGITACION PSICOMOTORA EPISODIOS DE HETEROAGRESIVIDAD EN ULTIMO EPISODIO TOMO ARMA CORTOCONTUNDENTE Y REALIZO DAÑOS A PERTENENCIAS PROPIAS Y CONDUCTAS AGRESIVAS CON FAMILIARES. FAMILIARES REFIEREN IDEAS DE AUTOAGRESION SIN CONSTRUCCION ELABORADA O INTENTO SUICIDA. AL INGRESO PACIENTE EN REGULAR ESTADO GENERAL ALERTA ORIENTADA CON IDEAS DELIRANTES MISTICAS "ME ESTAN HACIENDO BRUJERIA , MI MAMANO ME QUIERE" INTROSPECCION PROSECCION NULAJUCIO DESVIADO SE CONSIDERA PACIENTE CON EPISODIO PSICTITICO AGUDO REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO Y REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL. PACIENTE TIENE CITA APARTA PARA EL DIA 06 DE ABRIL EN CRIB. SE CONSIDERA TRASKADO DE PCIENTE POR RIESGO DE HETERO Y AUTOAGRESION.

Elaboró:

LAURA LIZETH MOJICA MORENO  
 MEDICINA GENERAL