

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

25 4 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

23/04/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: EDWIN MANUEL PEREZ ALARCON

Sexo : Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CRA 19 N 4 17

T.D. CC Nro. Identificación: 4167523

Zona: Urbano X Rural

Teléfono: 3223840760

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 CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA DESDE LOS 10 AÑOS THC BASUCO. HABITANTE DE CALLE. NULA RED DE APOYO. EXPRESA EL DESEO DE INICIAR PROCESO DE REHABILITACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA PERO LA EPS NO SE LO HA AUTORIZADO. EN EL MOMENTO NO PRESENTA SÍNTOMAS PSICÓTICOS. PRESENTA ANIMO Y COGNICIONES DEPRESIVAS PENSAMIENTOS DE MUERTE SE INTENTÓ LANZARSE A UN CARRO. SE INICIA TTO CON FLUOXETINA TAB 20 MG 1-1-1 Y LEVOMEPRIMAZINA GOTAS 15-15-15. SE INICIA TRÁMITE DE REMISIÓN A PROGRAMA DE ADICCIONES. SE INSISTE A EPS EN AUTORIZAR TRASLADO PARA INTERNACIÓN EN PROGRAMA YA QUE EL PACIENTE MUESTRA LA VOLUNTAD DE REHABILITARSE Y TIENE EL DERECHO DE REALIZAR ESTE TTO. SS VALORACIÓN POR TRABAJO SOCIAL. SE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE EL PLAN DE MANEJO QUIEN REFIERE ACEPTAR Y ENTENDER

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: GASTRITIS, NO ESPECIFICADA

K297

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

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

☒

PROGRAMA DE REHABILITACION EN FARMACODEPENDENCIA

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmación

25 4 2018

Fecha Salida del Paciente

Departamento:

Médico 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 Médico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Médico responsable