



**HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE
ATENCION VALLE DE TENZA
NIT. 900004894-0
TRANVERSAL 8 N 6 - 65 (Tel:7501390)**

**Remisiones
201806050087 - 1
SIH-1/0.01/2010-01-01**

Fecha de la Remisión		DÍA <u>05</u>	MES <u>06</u>	AÑO <u>2018</u>	Autorización: X
No. de Historia Clínica <u>CC33677576</u>					
Sede <u>HOSPITAL REGIONAL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION VALLE DE TENZA</u>				Código <u>152990108402</u>	
Institución a la que se remite <u>-----</u>				Código <u>123456</u>	

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO			
Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo
<u>JEAN HEIDY</u>	<u>MORALES</u>	<u>HERNANDEZ</u>	M <input type="radio"/> F <input checked="" type="radio"/>
Documento Identidad	C.C. <input checked="" type="radio"/> T.I. <input type="radio"/> R.C. <input type="radio"/>	No. <u>33677576</u>	
Dirección <u>CALLE 17 N 16B - 14</u>		Teléfono <u>0</u>	Edad <u>34</u> Año(s)
Municipio <u>GARAGOA</u>	Departamento <u>Boyaca</u>	Urbano <u>X</u>	Rural <u> </u>
Lugar y Fecha de Nacimiento <u>- 12/01/1984</u>			
Estado Civil <u>NO APLICA</u>			

REGIMEN						
Contributivo <input checked="" type="radio"/>	Subsidiado <input type="radio"/>	Vinculado <input type="radio"/>	SOAT <input type="radio"/>	Particular <input type="radio"/>	Otro <input type="radio"/>	
Nombre Aseguradora <u>EPS FAMISANAR SAS</u>						

DATOS DE LA REFERENCIA			
Fecha de Ingreso		Servicio que Remite	Especialidad
D <u>05</u>	M <u>06</u> A <u>2018</u>	Urgencias <u> </u>	<u> </u>
Fecha de Egreso		Servicio que Remite	Especialidad
D <u>05</u>	M <u>06</u> A <u>2018</u>	Consulta Externa <u> </u>	<u> </u>
		Hospitalización <u> X </u>	<u>MEDICINA GENERAL</u>
		Otro <u> </u>	<u> </u>

Modalidad de Solicitud		Servicio que Remite	Especialidad
Remisión <u> X </u>		Urgencias <u> </u>	<u> </u>
Interconsulta <u> </u>		Consulta Externa <u> </u>	<u> </u>
Orden de Servicio <u> </u>		Hospitalización <u> </u>	<u> </u>
Apoyo Tecnológico <u> </u>		Otro <u> PSIQUIATRIA </u>	<u> PSIQUIATRIA </u>

Motivo de Remisión		Médico que Remite	
Nivel de Competencia <u> X </u>		Nombre <u> ROCIO RAMIREZ RICO </u>	
No hay Recurso Humano <u> </u>		Firma y Sello <u> </u>	
No hay Equipo <u> </u>		C.C. <u> 52793568 </u>	
Petición Voluntaria <u> </u>		Registro Médico <u> 15654-14 </u>	
Otro <u> </u>			

PACIENTE DE 34 AÑOS DE EDAD, QUIEN ASISTE EL DIA DE HOY A CONSULTA DE PSICOLOGIA PARA REMISION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA . PACIENTE REFIERE HACE UN AÑO SU ESPOSO SE SUICIDO , DESDE ENTONCES HA PRESENTADO IDEACION SUCIDA EN VARIAS OCASIONES , PATRON DE SUEÑO INTERMITENTE, HIPOREXIA, NIEGA COMPORTAMIENTOS AUTOLESIVOS. NIEGA ALUCINACIONES, VALORADA POR PSICOLOGA DE ESTA INSTITUCION QUIEN DA CONCEPTO: PACIENTE QUIEN PRESENTA IDEACION SUICIDA ESTRUCTURADA, DUELO PATOLOGICO Y EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, NO HAY ALUCINACIONES NI HA REALIZADO AUTOAGRESIONES, AHORA HEMODINCAMIENTE ESTABLE, CON LLANTO FACIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. PACIENTE FUE VALORADA POR PSICOLOGIA QUIEN IDNCIA REMISION PARA MANEJO POS PSIQUIATRIA, SE EXPLICA A LA PACIENTE ESTADO Y CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A PSIQUIATRIA PARA MANEJO Y VALORACION. DX: 1. DEPRESION MODERADA 2. IDEAS SUICIDAS ESTRUCTURADAS. GRACIAS.

Nivel de Competencia

Nivel que Remite

1

2

3

4

Nivel al que se Remite

1

2

3

4

Datos de la Remisión (se registra la hora militar)

Hora Solicitud

11:52

Hora

11

Minutos

52

Nombre de la persona que solicita la Remisión

ROCIO RAMIREZ RICO.(MEDICINA .)

Hora Confirmación

11:52

Hora

11

Minutos

52

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión)

XX

Datos de Llegada del Paciente a la Institución Receptora (registrada por el conductor)

Hora

Minutos

Nombre del Conductor

No. Placa Ambulancia

Diagnóstico Presuntivo

Código CIE

EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO

F329

Resumen de Historia Clínica y Resultado de Pruebas

Anamnesis:
FEMENINA DE 34 AÑOS CON ANTECEDENTES DE ANEMIA EN ESTUDIO QUIEN ES REMITIDA DESDE CONSULTA DE PSICOLOGIA PARA REMISION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA . PACIENTE REFIERE HACE UN AÑO SU ESPOSO SE SUICIDO , DESDE ENTONCES HA PRESENTADO IDEACION SUICIDA EN VARIAS OCASIONES , PATORN DE SUEÑO INTERMITENTE, HIPOREXIA, NIEGA COMPORTAMIENTOS AUTOLESIVOS. NIEGA ALUCINACIONES

Signos Vitales

TA	FC	T(Â°C)	FR	TALLA(CM)	PESO	GLASGOW
125/70	75	36.40	18	155	58.00	

Hallazgos del Examen Físico

ACEPTABLE, ESTADO GENERAL, SIN DIFICULTAD RESPRIATORIA , LLANTO FACIL Cabeza:Normal NORMOCEFALA - Cuello:Normal MOVIL, NO MASAS - Torax:Normal EXPANDIBLE, MURMULLO VESICULAR NORMAL, NO AGREGADOS,RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Y DE BUENA INTENSIDAD, NO SOPLOS - Abdomen:Normal PLANO, BLANDO, DERPREIBLE, NO TUMORACION, NO MEGALIA, NO IRRITACION PERITONEA - G/U:Normal - Extremidades:Normal EUTROFICAS, SIN EDEMAs, LLENE CAPILAR NORMAL - Neurológico:Normal CONCIENTE, ORIENTADA, SIN IRRITACION MENINGEA, GLASGOW 15 /15 - Nariz:Normal - Oidos:Normal - Boca:Normal ROSADA , HUMEDA, NOMROCOLOREADA - Ojos:Normal ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS Y FOTOREACTIVAS - Piel:Normal HUMEDA CON LEVE PALIDEZ - Ano:Normal - Osteomuscular:Normal

Resultados de Pruebas Diagnósticas (Anexas)

Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados

Tratamiento Instaurado (Medicamentos, Dosis y Duración del Tratamiento)

Nota Médica

Diagnóstico Presuntivo	Código CIE
EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	F329
Observaciones o Sugerencias	
<u>SE TRATA DE UNA PACIENTE QUIEN PRESENTA IDEACION SUICIDA ESTRUCTURADA, DUELO PATOLOGICO Y EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, NO HAY ALUCINACIONES NI HA REALIZADO AUTOAGRESIONES, AHORA HEMODINCAMIEMTE ESTABLE, CON LLANTO FACIL, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA. PACIENTE FUE VALORADA POR PSICOLOGIA QUIEN IDNCIA REMISION PARA MANEJO POS PSIQUIATRIA, SE EXPLICA A LA PACIENTE ESTADO Y CONDUCTA A SEGUIR QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.</u>	

Impreso por:



JOSE REINALDO OLMOS PARADA
AUXILIAR DE ENFERMERIA