

516189

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES


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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:43

FORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
Código		1500100387		CC	<input type="checkbox"/>		026. DV
Dirección Prestador:		CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA					
Teléfono	8	7405030	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15
Municipio:		TUNJA		Código		001	

DATOS DEL PACIENTE

WILCHES		GONZALEZ		JUAN		DAVID	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				Número documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería				<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación			
				1049652537			
				Fecha de Nacimiento: 1998-01-08			
Dirección de la Residencia Habitual:		CALLE 10A 12 33					
Departamento:		BOYACA		15		Municipio: TUNJA	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:		EPSS37	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

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

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre		MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO		Teléfono:	98	7405030	Extensión
Servicio que solicita la referencia		Urgencias PSIQUIATRIA		Indicativo		Número	
Servicio para el cual se solicita la referencia		Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL					

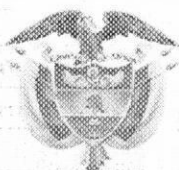
INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:	PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS HACE 3 AÑOS QUIEN INGRESA ACOMPAÑADO DE LA MADRE (GLADYS STELLA WILCHES) CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS "ESTABA EN UN BUS Y SE ME METIÓ UN BICHO POR EL CULO Y AHORA LO SIENTO EN MI CORAZÓN, SIENTO QUE SE ESTÁ ALIMENTANDO DE MÍ, DE MI SANGRE." PACIENTE REFIERE DESEOS DE CESE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. EN EL MOMENTO PACIENTE NO PRESENTA INDICIOS DE OTRAS IDEAS DELIRANTES.
------------	--

Dayana Castellar forma caso

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:43

FORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	8918900231	-0
		CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA		
Teléfono	8 7405030				
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

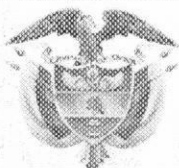
WILCHES	GONZALEZ	JUAN	DAVID
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
		Número documento de Identificación: 1049652537	
		Fecha de Nacimiento: 1998-01-08	
Dirección de la Residencia Habitual:		CALLE 10A 12 33	Teléfono: 3203684368
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	Código: EPSS37

Examen Físico:

Neurológico y Mental
Neurológico y Mental: Anormal, ALERTA, CONCIENTE, DESORIENTADO PARCIALMENTE EN TIEMPO, ORIENTADO PERSONA Y LUGAR, CON MAL PORTE Y ACTITUD, POCO COLABORADOR, DESALIENADO, DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE VOCIFERANTE, NO ACTITUD DESAFIANTE EN EL MOMENTO. REFIERE ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS CENESTESICAS, CON AFECTO DE FONDO ANSIOSO, PENSAMIENTO IDEAS DE ORIGEN DELIRANTE DE TIPO SOMATICO, INTERPRETACION DELIRANTES, CIRCUNSTANCIAL EN SU DISCURSO, INTROSPECCION Y PROSPECCION NULA
JUICIO DESVIADO, NO AUTOCRITICO, CONDUCTA MOTORA ADECUADA

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:43

FORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	X	891800231	-0
				CC			DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	- 8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA
							001

DATOS DEL PACIENTE

WILCHES	GONZALEZ	JUAN	DAVID
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1049652537	
<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		Fecha de Nacimiento: 1998-01-08	
Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 10A 12 33	Teléfono:	3203684368
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA
			15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S	Código:	EPSS37

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 13/04/2018 08:10

Subjetivo, objetivo y análisis: RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA: NOTA RETROSPECTIVA

NATURAL: TUNJA

PROCEDENTE: TUNJA

VIVE SOLO ¿HABITANTE DE CALLE?

RELIGION: CATOLICO

MC "SE ME METIO UN BICHO POR EL CULO EN EL BUS"

EA " PACIENTE MASCULINO DE 20 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA DE LARGA DATA, MARIHUANA - CRIPI-BAZUCO, CONOCIDO EN ESTA INSTITUCION (ULTIMA HOSPITALIZACION CON EGRESO EL 16 DE MARZO DE 2018), POR TRASTORNO MENTAL Y DE LA CONDUCTA DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, QUIEN HA RECIBIDO MANEJO EN CENTROS DE ATENCION EN DROGADICCION EN VARIAS OCASIONES, PRESENTADO REINCIDENCIA EN EL MISMO.

PACIENTE TRAIDO AL SERVICIO DE URG DEL HSRT POR LA PROGENITORA, REFIEREN REACTIVACION DE TX COMPORTAMENTALES, ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS "IBA EN EL BUS Y UN BICHO SE ME METIO POR EL CULO, SE MUEVE DENTRO DE MI Y LO TENGO EN EL PECHO, ME ESTA CHUPANDO EL CORAZON ". PACIENTE CON PERSISTENCIA DE CONSUMO DE SPA, EN ALTAS CONCENTRACIONES, DESDE EGRESO DE ULTIMA HX, ULTIMO EL DIA DE AYER EN HORAS DE LA TARDE, BAJO EFECTO DE SUSTANCIAS PRESENTA SINTOMATOLOGIA PSICOTICA, ACTIVA EN EL MOMENTO "DR TOMEME UNA RADIOGRAFIA PARA VER QUE BICHO TENGO EN EL CORAZON, SE ALIMENTA DE MI". MADRE REFIERE QUE ULTIMA VEZ ESTUVO HOSPITALIZADO EN CLINICA DE LA PAZ, EN EL MOMENTO NO CUENTA CON HISTORIA CLINICA, ESTANDO HX POR 8 DIAS APROX, INDICAN MANEJO CON ACIDO VALPROICO Y LEVOMEPRIMAZINA. MAMA REFIERE QUE TRAS EGRESO DE LA HOSPITALIZACION, PACIENTE RECAE EN EL CONSUMO DE BAZUCO, NO CUMPLE COMPROMISOS PACTADOS EN EL HOGAR POR LO QUE LA MAMA LO SACA DEL MISMO, DESDE ENTONCES AL PARECER HABITA EN CALLE.

ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: NIEGA.

QUIRURGICOS: NIEGA,

ALERGICOS: NIEGA,

TOXICO: MARIHUANA- CRIPI- BAZUCO.

HOSPITALIZACIONES: MULTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS, ULTIMA EN CLINICA LA PAZ DURANTE 1 SEMANA, REFIERE RETIRO

VOLUNTARIO POR PARTE DE LA MADRE, SIN EMBARGO NO SE PUEDE CORROBORAR DICHA INFORMACION.

PSIQUIATRICOS: LO DESCRITO EN HC.

FAMILIARES: NIEGA

Plan de manejo: PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR LA PROGENITORA POR TX DE LA CONDUCTA, ACTIVIDAD DELIRANTE Y ALUCINATORIA ACTIVA, TRAS RECAIDA EN EL CONSUMO DE SPA, DERIVADOS DE LA COCAINA (BAZUCO), ADEMAS DE ENCONTRARSE E ESTADO DE INDIGENCIA, HABITA EN CALLE.

ANTECEDENTE IMPORTANTE DE TRASTONO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A SPA (THC-COCAINA). QUIEN HA REQUERIDO MULTIPLES HX E INTERVENCIONES CON FINES DE DESINTOXICACIÓN, SIN EMBARGO PACIENTE RECAE EN CONSUMO. EN EL MOMENTO

ENTE CON SX DE PSICOSIS ACTIVOS.

HOSPITALIZA POR PSIQUIATRIA, SE SOLICITA A MADRE HISTORIA CLINICA DE ATENCION EN LA PAZ, SE INICIAN REMISION USM

QUIATRIA, LUEGO DIRECCIONAR A CAD MODO INSTITUCIONAL.

INFORMA ADEMAS NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS, VIGILANCIA Estricta POR RIESGO DE FUGA,

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		-0	
Código 1500100387				Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono: 8 7405030							
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

DATOS DEL PACIENTE

WILCHES	GONZALEZ	JUAN	DAVID
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	

1049652537

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1998-01-08

Dirección de la Residencia Habitual:		CALLE 10A 12 33		Teléfono: 3203684368	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S			Código:	EPSS37	

AGILACION

IDX:
- EPISODIO PSICOTICO FACILITADO POR SPA
- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
- TX DE LA CONDUCTA DISOCIAL
- P/ EVALUAR RED DE APOYO

Diagnóstico:

F195 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO PSICOTICO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal
T300 QUEMADURA DE REGION DEL CUERPO Y GRADO NO ESPECIFICADOS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
F199 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
F608 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (0.1%) SOLUCION INYECTABLE

Motivos de remisión:

REFERENCIA
REMISION A USM

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03

516159

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:44

FORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	X	891800231	-0
Código		1500100387		CC			DV
Teléfono		8 7405030					
Indicativo		Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

WILCHES		GONZALEZ		JUAN		DAVID	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				Número Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería				<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación			
				1049652537			
				Fecha de Nacimiento: 1998-01-08			
Dirección de la Residencia Habitual:		CALLE 10A 12 33		Teléfono:		3203684368	
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:		EPSS37	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

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

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre		MUNOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO		Teléfono:		98 7405030	
Servicio que solicita la referencia		Urgencias PSIQUIATRIA		Indicativo		Número	
Servicio para el cual se solicita la referencia		Hospitalización PSIQUIATRIA		Teléfono Celular		Extensión	

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS HACE 3 AÑOS QUIEN INGRESA ACOMPAÑADO DE LA MADRE (GLADYS STELLA WILCHES) CONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS "ESTABA EN UN BUS Y SE ME METIÓ UN BICHO POR EL CULO Y AHORA LO SIENTO EN MI CORAZÓN, SIENTO QUE SE ESTÁ ALIMENTANDO DE MÍ, DE MI SANGRE." PACIENTE REFIERE DESEOS DE CESE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. EN EL MOMENTO PACIENTE NO PRESENTA INDICIOS DE OTRAS IDEAS DELIRANTES.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:44

FORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		CC <input type="checkbox"/> -0		DV <input type="checkbox"/>	
Código	1500100387		Dirección Prestador:		CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030							
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001		

DATOS DEL PACIENTE

WILCHES		GONZALEZ		JUAN		DAVID	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería				<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación			
				Número Documento de Identificación: 1049652537			
				Fecha de Nacimiento: 1998-01-08			
Dirección de la Residencia Habitual:		CALLE 10A 12 33				Teléfono: 3203684368	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001		
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37		

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, ALERTA, CONCIENTE, DESORIENTADO PARCIALMENTE EN TIEMPO, ORIENTADO PERSONA Y LUGAR, CON MAL PORTE Y ACTITUD, POCO COLABORADOR, DESALIENADO, DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE VOCIFERANTE, NO ACTITUD DESAFIANTE EN EL MOMENTO. REFIERE ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS CENESTESICAS, CON AFECTO DE FONDO ANSIOSO, PENSAMIENTO IDEAS DE ORIGEN DELIRANTE DE TIPO SOMATICO, INTERPRETACION DELIRANTES, CIRCUNSTANCIAL EN SU DISCURSO, INTROSPECCION Y PROSPECCION NULA JUICIO DESVIADO, NO AUTOCRITICO, CONDUCTA MOTORA ADECUADA.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:44

FORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
		CC <input type="checkbox"/>	DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
Teléfono	8 7405030		
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

WILCHES	GONZALEZ	JUAN	DAVID
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		Número documento de Identificación 1049652537	
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
Dirección de la Residencia Habitual:		Fecha de Nacimiento: 1998-01-08	
CALLE 10A 12 33		Teléfono: 3203684368	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S		Código: EPSS37	

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 13/04/2018 08:10
 Subjetivo, objetivo y análisis: RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA: NOTA RETROSPECTIVA
 NATURAL: TUNJA
 PROCEDENTE: TUNJA
 VIVE SOLO ¿HABITANTE DE CALLE?
 RELIGION: CATOLICO

MC "SE ME METIO UN BICHO POR EL CULO EN EL BUS"

EA " PACIENTE MASCULINO DE 20 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA DE LARGA DATA, MARIHUANA - CRIPI-BAZUCO, CONOCIDO EN ESTA INSTITUCION (ULTIMA HOSPITALIZACION CON EGRESO EL 16 DE MARZO DE 2018), POR TRASTORNO MENTAL Y DE LA CONDUCTA DEBIDO AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, QUIEN HA RECIBIDO MANEJO EN CENTROS DE ATENCION EN DROGADICCION EN VARIAS OCASIONES, PRESENTADO REINCIDENCIA EN EL MISMO.

PACIENTE TRAILO AL SERVICIO DE URG DEL HSRT POR LA PROGENITORA, REFIEREN REACTIVACION DE TX COMPORTAMENTALES, ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS "IBA EN EL BUS Y UN BICHO SE ME METIO POR EL CULO, SE MUEVE DENTRO DE MI Y LO TENGO EN EL PECHO, ME ESTA CHUPANDO EL CORAZON". PACIENTE CON PERSISTENCIA DE CONSUMO DE SPA, EN ALTAS CONCENTRACIONES, DESDE EGRESO DE ULTIMA HX, ULTIMO EL DIA DE AYER EN HORAS DE LA TARDE, BAJO EFECTO DE SUSTANCIAS PRESENTA SINTOMATOLOGIA PSICOTICA, ACTIVA EN EL MOMENTO "DR TOMEME UNA RADIOGRAFIA PARA VER QUE BICHO TENGO EN EL CORAZON, SE ALIMENTA DE MI". MADRE REFIERE QUE ULTIMA VEZ ESTUVO HOSPITALIZADO EN CLINICA DE LA PAZ, EN EL MOMENTO NO CUENTA CON HISTORIA CLINICA, ESTANDO HX POR 8 DIAS APROX, INDICAN MANEJO CON ACIDO VALPROICO Y LEVOMEPRIMAZINA. MAMA REFIERE QUE TRAS EGRESO DE LA HOSPITALIZACION, PACIENTE RECAE EN EL CONSUMO DE BAZUCO, NO CUMPLE COMPROMISOS PACTADOS EN EL HOGAR POR LO QUE LA MAMA LO SACA DEL MISMO, DESDE ENTONCES AL PARECER HABITA EN CALLE.

ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: NIEGA.

QUIRURGICOS: NIEGA,

ALERGICOS: NIEGA,

TOXICO: MARIHUANA- CRIPI- BAZUCO.

HOSPITALIZACIONES: MULTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS, ULTIMA EN CLINICA LA PAZ DURANTE 1 SEMANA, REFIERE RETIRO

VOLUNTARIO POR PARTE DE LA MADRE, SIN EMBARGO NO SE PUEDE CORROBORAR DICHA INFORMACION.

PSIQUIATRICOS: LO DESCRITO EN HC.

FAMILIARES: NIEGA

Plan de manejo: PACIENTE QUIEN ES TRAILO POR LA PROGENITORA POR TX DE LA CONDUCTA, ACTIVIDAD DELIRANTE Y ALUCINATORIA ACTIVA, TRAS RECAIDA EN EL CONSUMO DE SPA, DERIVADOS DE LA COCAINA (BAZUCO), ADEMAS DE ENCONTRARSE E ESTADO DE INDIGENCIA, HABITA EN CALLE.

ANTECEDENTE IMPORTANTE DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS A SPA (THC-COCAINA). QUIEN HA REQUERIDO

MULTIPLES HX E INTERVENCIONES CON FINES DE DESINTOXICACION, SIN EMBARGO PACIENTE RECAE EN CONSUMO. EN EL MOMENTO

TE CON SX DE PSICOSIS ACTIVOS.

SPITALIZA POR PSIQUIATRIA, SE SOLICITA A MADRE HISTORIA CLINICA DE ATENCION EN LA PAZ, SE INICIAN REMISION USM

PSIQUIATRIA, LUEGO DIRECCIONAR A CAD MODO INSTITUCIONAL.

SE INFORMA ADEMAS NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS, VIGILANCIA Estricta POR RIESGO DE FUGA,

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/04/13 Hora: 11:44

FORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		-0	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

WILCHES	GONZALEZ	JUAN	DAVID
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 | |

1049652537

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1998-01-08

Dirección de la Residencia Habitual:		CALLE 10A 12 33		Teléfono: 3203684368	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S			Código:	EPSS37	

AGITACION

IDX:

- EPISODIO PSICOTICO FACILITADO POR SPA
- TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS
- TX DE LA CONDUCTA DISOCIAL
- P/ EVALUAR RED DE APOYO

Diagnóstico:

F195 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO PSICOTICO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal
T300 QUEMADURA DE REGION DEL CUERPO Y GRADO NO ESPECIFICADOS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
F199 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
F608 OTROS TRASTORNOS ESPECIFICOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (0.1%) SOLUCION INYECTABLE

Motivos de remisión:

REFERENCIA
REMISION A CAD

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03



DATOS DEL PACIENTE

Paciente: WILCHES GONZALEZ, JUAN DAVID, Identificado(a) con CC-1049652537

Edad y Género: 20 Años, Masculino

Segundo Identificador: GLADIS, WILCHES

Regimen/Tipo Paciente: SUBSIDIADO/SUBSIDIADO

Nombre de la Entidad: NUEVA EPS-S

Servicio/Ubicación: PISO1 URG OBS O CAMA TMP/P1
URG OBS PASILLO EXTERNO

Habitación: U402

Identificador Único: 516159-12

Diagnóstico: F195: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS:
TRASTORNO PSICOTICO

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Fecha Inicio	Descripción	Especificaciones	Cantidad	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
13/04/2018 11:43	TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES SECUNDARIO DE PACIENTES (LAM)			TRASLADO A USM

MEDICO QUE ORDENA

Firmado Por: OMAR HUMBERTO MUÑOZ MENDOZA, PSIQUIATRIA, CC: 7173571, Reg: 962-03

Firmado Electrónicamente

E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Dirección: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA -Telefono:7405030 TUNJA - 169 - Web: www.hospitalsanrafaeltunja.gov.co