

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

| | | | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

No de Solicitud

233797

Fecha de radicación de la Referencia

16/05/2018 01:18:58

Hora de radicación de la Referencia

1:18:58 a. m.

| | | | |
|--------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Tipo Usuario | Ambulatorio | Tipo Remisión | 11 |
| 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: | FELIPE ANDRES RESTREPO PINTO | Identificación: | 1012344737 | 1012344737 | Sexo: | Masculino |
| Fecha Nacimiento : | 31/08/1988 12:00:00 a. m. | Edad Actual: | 29 Años \ 8 Meses \ 16 Días | AREA DE SERVICIO | 2LVE10 | INGRESO |
| Dirección: | CARRERA 9A # 61A-97 SUR | Teléfono: | 3023781268 | Localidad | LOC. SAN CRISTOBAL | |
| 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: | LUISA FERNANDA MEDINA | Teléfono Resp: | 3053674790 |
| Dirección Resp: | CARRERA 9A # 61A-97 SUR | | |

AFILIACION SGSSS

| | | | | | |
|------------------------|---------------------------|---|---|------------------------------|---|
| Tipo Paciente: | Subsidiado | Nivel SocioEconómico: | 0 | SISBEN Nivel SocioEconómico: | 0 |
| Ficha SISBEN: | | Tipo de Población Especial: | | | |
| Entidad Administradora | RS072 - EPS FAMISANAR SAS | I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros | | | |

SOLICITUD DE REFERENCIA

| | |
|-------------------------|--------------------|
| NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO | CODIGO DIAGNOSTICO |
| ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | F200 |

| | |
|--|--------------------|
| NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO | CODIGO DIAGNOSTICO |
| TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTAN | F192 |

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

| | | | | | | | | | | | |
|--|-------|------------------------|---|---|---|---|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD BAJA | 38221 | 2LV - UMHE LA VICTORIA | 2 | F | B | 0 | 2 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|--|-------|------------------------|---|---|---|---|---|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

I NIVEL:

☐

II NIVEL:

☐

III NIVEL:

☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

| | | | | | | |
|-----------------------------------|--|--------------|--------------|-------------|------------|---------------|
| Anamnesis | , HETEROAGRESIVIDAD, | | | | | |
| | PACIENTE EN MOVIL 5030 PRESENTA IDEAS INCOHERENTES, SOLILOQUIOS, ANSIEDAD, HETEROAGRESIVIDAD, CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA | | | | | |
| Examen Físico: | ACTITUD ALUCINATORIA, PERDIDA DE ASOCIACIONES | | | | | |
| Signos Vitales | TA: 110/74 | FC: 94 x Min | FR: 21 x Min | GlasGow: 15 | TC: 0,0000 | Peso: 60,0000 |
| Resultados Exámenes Diagnósticos: | PENDIENTE REALIZACION DE PARACLINICOS | | | | | |

Ginecobstétricos:

G: 0 |

P: 0 |

A: 0 |

C: 0 |

Edad Gestante: 0

FCF: 0 |

Alt Uterina:

0

☐ Actividad Uteri

☐ Actividad Uterina Regula

☐ Amenorrea

☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO AL CONSUMO DE SPA (PRINCIPALMENTE PEGANTE), EN EL MOMENTO CON REACTIVACION DE SINTIOMAS PSICOTICOS POR MALA ADHERENCIA A TRATAMIENTO Y RECAIDA EN CONSUMO. EN EL MOMENTO CON PENSAMIENTO DESORGANIZADO, ACTITUD ALUCINATORIA, CON HOSTILIDAD E IRRITABILIDAD HACIA FAMILIARES, SE CONSIDERA ALTO RIESGO DE AUTO Y/O HETEROAGRESION POR LO QUE REQUIERE MANEJO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL.

MOTIVO REFERENCIA

- 1.Servicio no ofertado ☐
3. Falta de Insumos ☐
5. Falta de Camas ☐
- 7.Emergencia Sanitaria ☐
9. Ausencia de Convenio ☐
2. Ausencia de Profesional ☐
4. Falta de Equipos ☐
6. Cese de Actividades ☐
8. Requiere manejo otro nivel ☐
10. Devolucion Injustificada ☐
11. Otro: ☐ Otro

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

POLANCO DIAZ ROGER ENRIQUE

Registro

1018419880