

70510

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/05/24 Hora: 13:22

INFORMACIÓN 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

ESTUPIÑAN		ROJAS		JUAN		MARIA										
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre										
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;">4258000</div> Número documento de Identificación </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Fecha de Nacimiento: 1947-03-08</p>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;">4258000</div> Número documento de Identificación	<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	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;">4258000</div> Número documento de Identificación														
<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																
Dirección de la Residencia Habitual:		CRR 14A 12 49				Teléfono:										
Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	TUNJA		15001									
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C				Código:		EPS037										

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE										
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre										
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></div> Número Documento Identificación </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></div> Número Documento Identificación	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></div> Número Documento Identificación														
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación															
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación															
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería																
Dirección de la Residencia Habitual:						Teléfono:										
Departamento:				Municipio:												

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

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

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:
 PACIENTE HOSPITALIADO POR TRASTORNOS MENTALES EN EL CRIB EN TO CON LORAZEPAM 1 MG DIA, QUETIAPINA 25 MG , TIAMINA 300 MG DIA, ACIDO FOLICO 1 MG DIA ,
 ES ENVIADO DE CRIB PORQUE LE FIND E SEMANA PRESENTO EPISODIOS DE LIPOTIMIA SEGUN LA HISTORIA POR BRADICARDIA MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA,

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/05/24 Hora: 13:22

INFORMACIÓN 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

ESTUPIÑAN		ROJAS		JUAN		MARIA	
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		4258000 Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1947-03-08			
Dirección de la Residencia Habitual:		CRR 14A 12 49				Teléfono:	
Departamento:	BOYACA			15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C			Código:	EPS037	

Examen Físico:

Inspección General
 Inspección general: Normal, ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. PUPILAS ISOCORICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS SIN INGUGITACION YUGULAR.
 TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS SIN AGREGADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. ABDOMEN: BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
 EXTREMIDADES: EUTROFICAS SIN EDEMA, ADECUADA PERFUSION DISTAL.
 NEUROLOGICO: ALERTA, DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HIPOPROSEXICO, ASOCIACION LAXA DE IDEAS, LENGUAJE SIN ALTERACIONES, FUERZA MUSCULAR 5/5, ROT ++/+++, MARCHA NO EVALUADA, SIN SIGNOS MENINGEOS.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/05/24 Hora: 13:22

INFORMACIÓN 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

ESTUPIÑAN		ROJAS		JUAN		MARIA										
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre										
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td rowspan="4">4258000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> </tr> </table> <p>Número documento de Identificación</p> <p>Fecha de Nacimiento: 1947-03-08</p>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	4258000	<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	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	4258000														
<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																
Dirección de la Residencia Habitual:		CRR 14A 12 49				Teléfono:										
Departamento:	BOYACA			15	Municipio:	TUNJA	15001									
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C			Código:	EPS037										

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 24/05/2018 06:22

Subjetivo, objetivo y análisis: ****Evolución psiquiatría - Nota retrospectiva****

Paciente masculino de 71 años con diagnósticos:

- Trastorno neurocognitivo mayor de etiología múltiple - Alcohólica/Traumática
- Antecedente de delirium multifactorial (MARZO DE 2018)
- Antecedente de trastorno del comportamiento secundario a consumo de alcohol
- Adecuada red de apoyo.

Subjetivo:

familiar comenta durante la noche , alteraciones del patron de sueño , algo de inquietud , perseverante con su egreso , adecuada tolerancia al tto medico .

CONCEPTO DE MD INTERNA

GLICEMIA: 124, AST: 22, ALT: 20, CA IONICO: 1. 169, MG: 1. 82, CL: 100.

PRUEBA TREPONEMICA: NO REACTIVA.

ECOCARDIOGRAMA PENDIENTE

EKG HOLTER 24 H PENDIENTE

PACIENTE MASCULINO DE 71 AÑOS CON CON SINCOPE VS PRESINCOPE ASOCIADO A BRADICARDIA YA RESUELTA, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN NUEVOS EPISODIOS SINCOPALES, TOLERANDO VIA ORAL, SIN SIGNOS DE DETERIORO NEUROLOGICO A PESAR DE QUE PERSISTE DESORIENTADO. SE CONSIDERÓ QUE SE DEBIA DESCARTARSE BRADICARDIA FARMACOLOGICA, DISFUNCIÓN DEL NODO SINUSAL E HIPOTIROIDISMO, POR LO CUAL SE SE SOLICITO ECOCARDIOGRAMA Y HOLTER EKG 24 HRS QUE SE ENCUENTRAN PENDIENTES ASI COMO NIVELES DE TSH Y TIROXINA LIBRE. PENDIENTE CONCEPTO NEUROLOGIA CLINICA. CONTINUAMOS COMO SERVICIO DE APOYO.

- DIETA HIPOSODICA
- ADAPTER
- ACIDO FOLICO TAB 1 MG DIA
- TIAMINA TAB 300 MG DIA
- OMEPRAZOL 20 MG VO EN AYUNAS
- PENDIENTE: EDOCARDIOGRAMA TT
- PENDIENTE: EKG HOLTER 24 HORAS
- PENDIENTE: TSH, TIROXINA LIBRE

CONCEPTO NEUROLOGIA CLINICA

IDX:

- SINCOPE VS PRESINCOPE ASOCIADO A BRADICARDIA YA RESUELTA
- ANTECEDENTE DE TCE MODERADO
- TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR DE ETIOLOGÍA MÚLTIPLE: ALCOHOLICA/TRAUMÁTICA
- ANTECEDENTE DE DELIRIUM MULTIFACTORIAL (MARZO DE 2018)

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/05/24 Hora: 13:22

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

DATOS DEL PACIENTE

ESTUPIÑAN		ROJAS		JUAN		MARIA										
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre										
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td rowspan="4">4258000</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> </tr> </table> <p>Número documento de Identificación</p> <p>Fecha de Nacimiento: 1947-03-08</p>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	4258000	<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	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	4258000														
<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																
Dirección de la Residencia Habitual:		CRR 14A 12 49				Teléfono:										
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:	TUNJA	15001									
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C				Código: EPS037										

- ANTECEDENTE DE DELIRIUM MULTIFACTORIAL (MARZO DE 2018)
 - ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A CONSUMO DE ALCOHOL
 - CIRROSIS HEPATICA CHILD - A
 - HTA
 - DIABETES MELLITUS TIPO 2
 - ALCOHOLISMO CRONICO
 PLAN:

- PENDIENTE ECOCARDIOGRAMA, HOLTER, TSH Y TIROXINA LIBRE
 SE CONSIDERA DE ORIGEN NO ORGANICO. TOTALMENTE D ACUERDO CON T/TO INSTAURADO.
 SE CIERRA IC.

Análisis de resultados: Leucos: 6.070 , Neutros: 3.440(56.7%) , Hb: 13.6 , Hto: 40.6% , VCM: 94.6 , Pla: 240.000
 BUN: 14.9 , Creat: 0.67 , Na: 137.5 , K: 4.09

PdO Normal

Glicemia: , AST: , ALT: , Ca: , Mg: , Cl: , Ac. Fólico

Plan de manejo: Paciente masculino de 71 años con cuadro demencial multifactorial (alcoholico-postraumático) quien se encuentra en manejo en nuestra institución para esclarecimiento y estudio de posibles lipotimias. Paciente el día de ayer fue valorado nuevamente por medicina interna quien solicita exámenes para descartar compromiso cardíaco, valorado por servicio de neurología, quien define egreso. Paciente en el momento con examen mental sin cambios, con alteración del patrón del sueño y tendencia a la dromomanía, persiste desorientado y con discurso incoherente, con franco compromiso multisistema de función mental cognitiva, se reajusta dosis de quetiapina en horas de la noche. Por el momento continuamos a la espera de manejo por parte de medicina interna y neurología, una vez se de egreso se contraremitirá a USM. Se decide hace ajuste a manejo psicofarmacológico.

Se le explica a paciente y a familiar quienes refieren comprender y aceptar.

Diagnóstico:

R001 BRADICARDIA - NO ESPECIFICADA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal
 F069 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 F109 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO - ANTECEDENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
 F103 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: ESTADO DE ABSTINENCIA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 G470 TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS] Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 F068 OTROS TRASTORNOS MENTALES ESPECIFICADOS DEBIDOS A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 F03X DEMENCIA - NO ESPECIFICADA Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
 R55X SINCOPE Y COLAPSO A ESTUDIO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/05/24 **Hora:** 13:22

INFORMACIÓN 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:	Municipio:	
			BOYACA	15	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ESTUPIÑAN		ROJAS		JUAN		MARIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		4258000	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1947-03-08	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			CRR 14A 12 49			Teléfono:	
Departamento:	BOYACA			15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-C			Código:	EPS037

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA
OMEPRazol 20 MG CAPSULA
LORAzepam 2 MG TABLETA
LORAzepam 2 MG TABLETA
FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA
OMEPRazol 20 MG CAPSULA
Procedimientos Realizados:
Código CUPS: 881202Descripción: ECOCARDIOGRAMA TRANSTORACICOCantidad: 1

Motivos de remisión:

REFERENCIA
Se hace remisión por trámites administrativos

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:  **Registro:** 962-03