

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No de Solicitud

217368

Fecha de radicación de la Referencia

06/04/2018 19:10:42

Hora de radicación de la Referencia

7:10:42 p.m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	4
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	MARCELINO MEDINA SILVA	Identificación:	7842220	7842220	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	10/04/1943 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	74 Años \ 11 Meses \ 26 Días	AREA DE SERVICIO	ISCU02	INGRESO
Dirección:	CARRERA 51 40B 31 SUR	Teléfono:	3114293905	Localidad	BOGOTA	
CC Cedula de Ciudadania	RC Rregistro 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:	BLANCA RODRIGUEZ	Teléfono Resp:	3114293805
Dirección Resp:	CRA 51 40B 31 SUR		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC034 - EPS FAMISANAR SAS SOAT -15%	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA (G30.9†)	F009

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA	F069

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	38271	ISC - UNIDAD SANTA CLARA	2	F	B	0	2
COMPLEJIDAD ALTA							
UNIDAD DE SALUD MENTAL							

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	"ESTA MUY ALTERADO"
	PACIENTE MASCULINO DE 74 AÑOS DE EDAD, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADAMENTE 3 DIAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR LENGUAJE INCOHERENTE, CONDUCTAS INAPROPIADAS, ALUCINACIONES AUDITIVAS, ASIMISMO HETEROAGRESIVO, RELAJACION DE ESFINTERES.HIPOBULIA Y ALTERACION EN EL CICLO DEL SUEÑO.
Examen Físico:	ACEPTABLE ESTADO DE SALUD
Signos Vitales	TA: 138/79 FC: 78 x Min FR: 18 x Min GlasGow: 15 TC: 0 Peso: 70,000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE ADULTO MAYOR, CASADO, CON ESCOLARIDAD INCOMPLETA, VIVE CON SU ESPOSA, CON ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL TIPIFICADA COMO TRASTORNO NEUROCOGNITIVO MAYOR, QUE INGRESA POR CUADRO AGUDO DE CAMBIOS COMPORTAMENALES, EPISODIO DE AGRESIVIDAD, SÍNTOMAS PSICÓTICOS, INQUIETUD, Y ALTERACION DE LA MARCHA. QUIEN ES TRASLADADO DESDE DOMICILIO POR IMPOSIBILIDAD PARA SU CUIDADO, INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS PARA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS DE EXTENSIÓN, A LA ESPERA DE RESULTADOS PORQUE DESCARTAR CAUSA ORGÁNICA DE DESCOMPENSACIÓN.
-------------------------------	---

Dr. Rafael J. Miranda Jiménez
 PSQUIATRIA
 Universidad El Bosque
 C.C. 64.451.899
 R.M. 27803/2007

PACIENTE CON DEMENCIA GDS 5, CON SINOTMAS PSICOLOGICOS Y COMPOERTAMENTALES SECUNDARIOS QUE LIMITAN CUUDADO EN DOMICILIO, INGRESO PARA DESCARTAR POSIBLE SINDROEME CONFUSIONAL AGUDO SUPERPUESTO A DEMENCIA, POR AHORA SE DECIDE AJUSTE FARMACOLOGICO, PENDIETE REVALORAR CON REPORTE DE PARALCINCOS Y NEUROIMAGEN SOLICTADA, INICIO TRAMITE DE REMISION POR PARTE DE SU ASEGURADORA PARA CONTIONAR MANJOE INTRMRAUL EN USM. SE EPXLICA PLAN.,

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: ☐ Falta_Cama_IPS_Remite

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA DIA MES AÑO Dr. Rafael Miranda Jimenez Funcionario de Contacto Cargo: Punto de destino final:
PSIQUIATRIA
Universidad El Bosque
C.C. 84.451.899
R.M. 27803/2007

Firma:

Datos del Pofesional que Realiza la Referencia

Medico MIRANDA JIMENEZ RAFAEL JOSE

Registro 84451899