



Hospital  
Simón Bolívar

## REFERENCIA DE PACIENTES

Código: GCF-FO-220-001

## GESTION CIENTIFICA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Versión: 0



ALCALDE MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Hospital Simón Bolívar  
III Nivel E.S.E.

N° de Planilla

Fecha de radicación de la Referencia

Hora de radicación de la Referencia

Hora Militar

DD MM AA  
10 04 18

### TIPO DE USUARIO

1. Ambulatorio ☐ 2. En Urgencias ☐ 3. Hospitalización ☒

### TIPO DE USUARIO

1. Electiva ☐ 2. Electiva Prioritaria ☐ 3. Urgencias ☐ 4. Hospitalización ☒

### IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Primer Nombre CRISTIAN Segundo nombre \_\_\_\_\_ Primer Apellido ORTIZ Segundo Apellido NECÓ  
Fecha de Nacimiento: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ SEXO ☐ H ☐ M ☐ I  
Edad: Años \_\_\_\_\_ Meses \_\_\_\_\_ Días \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_  
Tipo Documento T-F N° Identificación 1000941978  
Dirección Residencia \_\_\_\_\_  
Teléfono \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)

Nombre y Apellido \_\_\_\_\_  
Dirección Residencia \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

### AFILIACION SGSSS

Subsidiado ☐ Clasif. Socioec. ☐ Nivel/Categoría ☐ Población Especial ☐  
Contributivo ☐ Particular ☐ N° Ficha \_\_\_\_\_ I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección  
Entidad Administradora: SONITES G. Indigente D. Desplazado OTRO: \_\_\_\_\_

### SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha: Día 10 Mes 04 Año 18 Hora Militar \_\_\_\_\_ Edad gestacional (sem.) \_\_\_\_\_

Nombre del Procedimiento Solicitado		Código Servicio Solicitado CUPS		Nombre Punto de Atención Destino Inicial		Código Punto de Atención Destino Inicial		Nombre Punto de Atención Destino Final		Código Punto de Atención Destino Final	
Remisión por EPS											
Nivel de Atención requerido:		I Nivel		II Nivel		III Nivel					

### Antecedentes

paciente ingresó por alteración del comportamiento, es el menor de 11 años, episodios de agresividad.

Signos Vitales: TA: 100/60 mmHg FC: 76 x/min FR: 20 x/min TC: 36.2 °C PESO: 41 Kg Glasgow: 15/15 SAT O2: 95%

Examen Físico:

paciente en excelentes condiciones generales, buen estado nutricional, buena coloración cutánea, bien hidratado, extremidades frías, reactivas, no dolor.

Resultados exámenes diagnósticos:

Nombre del Diagnóstico

Código CIE10 de Diagnóstico

1. Trastorno mixto de la conducta

2. Distonias focales

### Tratamientos y Complicaciones

### MOTIVO REFERENCIA

1. SERVICIO NO OFERTADO ☐ 2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL ☒ 3. FALTA DE INSUMOS ☐ 4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS ☐  
5. FALTA DE CAMAS ☐ 6. Cese de actividades ☐ 7. EMERGENCIA SANITARIA ☐ 8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL ☐  
9. AUSENCIA DE CONVENIO ☐ 10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA ☐ 11. OTRO: \_\_\_\_\_ Cual: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ Profesión \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_  
Registro \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN)

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora Militar \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_  
Punto de Destino Final \_\_\_\_\_ Funcionario de contacto \_\_\_\_\_

### CANCELACION DE LA REFERENCIA

Fecha: Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Hora Militar \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Especialidad \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

### MOTIVO DE CANCELACION

1. FUGA DEL PACIENTE ☐ 2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE ☐ 3. DX NO CONCORDANTE ☐  
4. SALIDA VOLUNTARIA ☐ 5. PROBLEMAS ADMIN. DEL ASEGURADOR ☐ 6. REMISION NO PERTINENTE ☐  
7. MEJORIA DEL PACIENTE ☐ 8. ALTA DEL PACIENTE ☐ 9. AUTORIZACION VENCIDA ☐  
10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE ☐ 11. AUTORIZACION DEL SERVICIO ☐ 12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA ☐  
13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA ☐ 14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION ☐ 15. OTRO ☐

Cuál \_\_\_\_\_ Firma de quien cancela \_\_\_\_\_



Hospital  
Simón Bolívar

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Código: GCF-FO- 027

### GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.  
SALUD  
Hospital Simón Bolívar  
III Nivel E.S.E.

FECHA								IDENTIFICACION							
10/04/18								C.C. [X] T.I. [ ] PA. [ ] C.E. [ ] R.C. [ ] NUP [ ] MS [ ] AS [ ] D [ ] N° 100094978							
PRIMER APELLIDO				SEGUNDO APELLIDO				NOMBRES							
Gorton				nielo				Christian							
EDAD			SEXO		FECHA DE INGRESO			TIPO DE USUARIO			MEDICO TRATANTE				
AÑOS	MESES	DÍAS	F	M	DÍA	MES	AÑO	Contributivo <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>			NOMBRE Y REGISTRO MÉDICO				
14				X	09	04	18	Subsidiado <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/>							

### RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

#### ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente traído por familiares primero por un caso de 12 horas de  
evolución sintiéndose en griterío, pánico, nerviosismo, cambios en el comportamiento  
agresividad, onerosa de testamento, onerosa de padre con celos por la  
fuerza de su casa.

#### ANTECEDENTES

Patológicos: Nuevos

Sociosomáticos: vive con padre y madre, en la casa puede vivir hace 3  
días, no adecuados conductas escolares

#### DE LA EVOLUCION

Paciente valorado por psicólogos quienes consideran dificultades familiares que  
limita desarrollo de autonomía por su alto nivel psíquico infantil  
Sigue hospitalizado por salud mental, se inicia sesión por EPS.

#### DIAGNOSTICO

Trastorno mixto de la conducta

#### TRATAMIENTOS SUGERIDOS

Remiten por EPS.

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUIP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncia