



Hospital  
Simón Bolívar

## REFERENCIA DE PACIENTES

### GESTION CIENTIFICA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Código: GCF-FO-220-001

Versión: 0



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

N° de Planilla

Fecha de radicación de la Referencia

DD MM AA  
07 05 18

Hora de radicación de la Referencia

Hora Militar 10:30

#### 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 LEIDY Segundo nombre TORRES Primer Apellido MELOSA Segundo Apellido DEYES  
Fecha de Nacimiento: Día 27 Mes 05 Año 1983 Horas 10:30 SEXO M  
Edad: Años 35 Meses 00 Días 00 Tipo Documento CC N° Identificación 1020.808.631  
Dirección Residencia Localidad 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 Localidad Teléfono Localidad  
Dirección Residencia Localidad

#### AFILIACION SGSSS

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

#### SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha: Día 07 Mes V Año 2018 Hora Militar 10:30 Edad gestacional (sem.) Localidad

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	
1. <u>HOSPITALIZACIÓN</u>				<u>H. S. R.</u>							
2. <u>USN</u>											
3. <u>USN</u>											
Nivel de Atención requerido:		I Nivel		II Nivel		III Nivel					

#### Anamnesis

COMO PACIENTE ASISTENTE EN CONSULTA A UNO DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIDAD, INDICANDO QUE SU PROBLEMA DE SALUD ES UNA DIFICULTAD PARA DORMIR, CON CONSECUENCIAS EN SU VIDA DIARIA.

Signos Vitales TA: 110/70 mmHg FC: 72 x min FR: 16 x min TC: 36 °C PESO: 75 Kg Glasgow: 15 SAT O2: 98 %

Examen Físico PACIENTE ALTO, DISPOSIÇÃO, PULSO ENDEBIDO, DE BEBIDA IRREGULAR. PULSO- RÍTMICO REGULAR, CON UNOS DIFÍCILES DE SER PALSEADO.

Resultados exámenes diagnósticos TESTES: DDM, PUV, COAGULACIÓN, TGO, TGP, URINOGRAFÍA: BUENA

Nombre del Diagnóstico 1. EPISODIO DE ANSIEDAD Código CIE10 de Diagnóstico F41.1  
2. FODORIO DE PULSOS F41.2

#### Tratamientos y Complicaciones

1. ANSIEDAD 15/06/18  
2. FODORIO 15/06/18

#### 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 ☐ OTRO: Localidad Cuál: Localidad

#### DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA

Nombre Localidad Profesión Localidad Especialidad Localidad  
Registro Localidad Firma Localidad

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

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

#### CANCELACION DE LA REFERENCIA

Fecha: Día Localidad Mes Localidad Año Localidad Hora Militar Localidad  
Nombre Localidad Especialidad Localidad Cargo Localidad

#### MOTIVO DE CANCELACION

1. FUGA DEL PACIENTE ☐ 2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE ☐ 3. DX NO CONCORDANTE ☐  
4. SALIDA VOLUNTARIA ☐ 5. PROBLEMAS ADMINIS. 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 Localidad Firma de quien cancela Localidad



HOJA DE EVOLUCIÓN SUBRED

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E  
GESTIÓN DE SERVICIOS MISIONALES

CÓDIGO: MI-GS-F-12-02

VERSIÓN: 2

PÁGINA: 1 DE 1

FECHA: 12/12/2017

FECHA: 21/5/18

DÍA 2

MES 5

AÑO 18

NOMBRE COMPLETO

Leidy Tabares Mendez Reyes

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

Nº 1020808631

CC X

T.I

RC

ASI

MSI

UNIDAD

SERVICIO

PSIY

CAMA

EPS

Sanitas

FECHA

HORA

DESCRIPCIÓN

FIRMA

21/5/18

10:19

EVOLUCION PSIQUIATRIA.

Paciente. femenina de 22 años, con Dx:

① Episodio psicótico agudo (F192) F239

② Trastorno secundario a consumo SPA. F198

S/Paciente manifiesta somnolencia, tolerando uzi

oral, menciona el evento de heteroagresión

"es que me envidie con la señora que se

estaba viendo y yo pensé que mi mamita se

estaba muriendo", en el momento con antici

del evento, que relaciona al consumo de marihuana

O/Porte desviado, actitud indiferente, alerta,

desorientada en tiempo, dispresexua, con ideas

referenciales hacia el primo, niega ideas de

muerte o suicidio, afecto embotado de tono

triste, sin actitud alucinatoria, hipobulcia, juicio

de realidad debilitado, Introspección parcial,

prospección incierta.

PARACLINICOS CH: leucos: 10090 W: 61%, Ab: 15,3,

Hato: 44,3% pla: Albumina: 4,4, Creat: 0,44,

BUN: 10,2, K: 3,89, Na: 140, Ast: 30,3, ALT: 18,

A/Paciente con cuadro clínico de reciente aparición

de síntomas psicóticos claros por ideas delirantes

NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL PROFESIONAL QUE  
ATIENDE