

707034

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

Fecha: 2018/03/23    Hora: 16:07

**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**

ESCOBAR		VEGA		LAURA		NATALIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1052410873	
<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: 1997-02-18	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			EDIFICIO ESCALA			Teléfono:	3115284124
Departamento:		BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-C		Código:	EPS037	

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

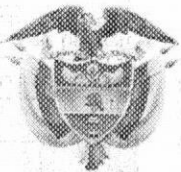
NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		Número Documento Identificación	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input 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**

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

Fecha: 2018/03/23    Hora: 16:07

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

-0

CC ☐

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**

ESCOBAR

VEGA

LAURA

NATALIA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

☐ Registro Civil  
☐ Tarjeta de Identidad  
☒ Cédula de Ciudadanía  
☐ Cédula de Extranjería

☐ Pasaporte  
☐ Adulto sin Identificación  
☐ Menor sin Identificación

1052410873

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1997-02-18

Dirección de la Residencia Habitual: EDIFICIO ESCALA

Teléfono: 3115284124

Departamento: BOYACA

15

Municipio: TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C

Código: EPS037

**Anamnesis:**

PACIENTE DE 21 AÑOS QUE ACUDE REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR PSIQUIATRIA, REFIERE CUADRO DE 11 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DESESPERANZA, MULTIPLES INTENTOS DE SUICIDIO, EL PRIMERO DE ELLOS A LOS 13 AÑOS. MANIFIESTA QUE DESDE LOS 10 AÑOS PRESENTA ACTITUD DESINTEREZADA POR LA VIDA, ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO "A VECES COMO Y A VECES NO, ME DA PEREZA" AL INDAGAR POR UN FACTOR DESENCADENANTE REFIERE QUE NO DESEA HABLAR AL RESPECTO. HA TENIDO 4 INTENTOS DE SUICIDIO, ULTIMO DE ELLOS EN DICIEMBRE DEL AÑO PASADO, INTENTO AHORACRSE. PRESENTA EPISODIOS DE DESPERSONALIZACION "A VECES ME MIRO AL ESPEJO Y SIENTO QUE ES OTRA PERSONA" QUE SE PRESENTAN DE MANERA IRREGULAR, EN OCASIONES CON INTERVALOS DE AÑOS. REFIERE IDEAS DE DESESPERANZA CONSTANTES "QUE PEREZA LA VIDA". AL INDAGAR SOBRE DINAMICA FAMILIAR REFIERE QUE VIVIO SU INFANCIA CON LA ABUELA, PADRES SEPARADOS, LA MADRE ESTUDIO DURANTE SU INFANCIA (MOTIVO POR EL QUE VIVIA CON LA ABUELA) Y ACTUALMENTE TIENE 3 TRABAJOS SEGUN REFIERE LA PACIENTE. AL INDAGAR POR EL PADRE MANIFIESTA QUE NO ESTUVO PRESENTE, TIENEN CONTACTO OCASIONAL, REFIERE "NO ME INTERESA HABLAR CON EL" "A VECES PIENSO QUE ME GUSTARIA QUE ESTUVIERA MUERTO PARA VER ESO COMO ME HARIA SENTIR". CONSUMO DE SPA, CONSUMIO THC DE MANERA OCASIONAL PERO NIEGA CONSUMO FRECUENTE, ULTIMO CONSUMO A INICIO DE ESTE MES, CONSUMO OCASIONAL DE ALCOHOL, REFIERE QUE CUANDO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ ESCUCHA UNA VOZ DE UNA MUJER "A VECES CREO QUE ES MI SUBCONCIENTE PERO NO LE PONGO CUIDADO PORQUE ME DA MIEDO" CUANDO PRESENTA ESTOS EPISODIOS REALIZA ACTOS DE AUTOAGRESION "ME CORTO O ME GOLPEO PERO NO SOY CONCIENTE DE LO QUE HAGO" EN EL MOMENTO PACIENTE MANIFIESTA QUE ACUDE POR SOLICITUD DE UNA AMIGA QUE LA ACOMPAÑA EN ESTE MOMENTO.

**Examen Físico:**

**Neurológico y Mental**

Neurológico y Mental: Anormal, ALERTA ORIENTADA ATENTA ACTITUD APATICA, DESINTERESADA INGRESA EN PIJAMA ACTITUD DESPREVENIDA, AFFECTO INDIFERENTE, EULALICA, PENSAMIENTO LOGICO COHERENTE IDEAS DE DESESPERANZA FRUSTRACION, MINUSVALIA, IDEAS DE MUERTE Y SUICIDIO ESTRUCTURADAS JUICIO DEBILITADO INTROSPECCION Y PROSPECCION INCIERTAS

## ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES


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

Fecha: 2018/03/23 Hora: 16:07

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	X	891800231	-0
				CC			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

ESCOBAR		VEGA		LAURA		NATALIA	
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							
				1052410873			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1997-02-18			
Dirección de la Residencia Habitual:			EDIFICIO ESCALA			Teléfono: 3115284124	
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-C			Código: EPS037	

## Resumen de la Evolución:

## EVOLUCIÓN

Fecha: 23/03/2018 14:50  
 Subjetivo, objetivo y análisis: PSIQUIATRIA VALORACION NOTA RETROPECTIVA  
 LAURA ESCOBAR  
 EDAD: 21 AÑOS  
 PROCEDENCIA: BOGOTÁ  
 RESIDENCIA: TUNJA (LA MARIA)  
 ESCOLARIDAD: MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA (SEGUNDO SEMESTRE)  
 OCUPACIÓN: ESTUDIANTE  
 SOLTERA SIN HIJOS, VIVE SOLA

ASISTE SOLA A CONSULTA DE PSIQUIATRIA AMBULATORIA,  
 REMITIDA DE PSICOLOGIA DE UPTC "EL PSICOLOGO ME MANDO PARA ACA."  
 DONDE RELATA CUADRO CLINICO DE 11 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR FENOMENOS DE DESPERSONALIZACION Y  
 DESREALIZACION "ESTOY NORMAL BAÑANDOME O MAQUILLANDOME Y SIENTO QUE SOY OTRA PERSONA" SINTOMAS EPISODICOS DE  
 APROX 10 MIN, EPISODIOS QUE PUEDEN PRESENTARSE DE FORMA INTERMITENTE A DIARIO O HASTA ANUALES.  
 TAMBIEN PRESENTA EPISODIOS DISOCIATIVOS 4 HORAS. DURANTE LOS EPISODIOS PRESENTA ALUCINACIONES AUDITIVAS ESCUCHA VOCES  
 "SIENTO UNA MUJER QUE ME HABLA EN LA CABEZA NO LE PONGO CUIDADO PORQUE ME DA MIEDO." TAMBIEN PRESENTA EPISODIOS DE  
 AUTOAGRESION "ME CORTO Y ME PEGO NO SOY CONCIENTE QUE LO HAGO".

PPM APATICA INDIFFERENTE DESALENTADA ME DA PEREZA

CONSUMO DE SPA THC CONSUMO OCASIONAL ULTIMO CONSUMO INICIO DEL MES NIEGA OTRAS SPA NO ALCOHOL CIGARRILLO OCASIONAL

HISTORIA DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS, 4 INTENTOS DE SUICIDIO: 2 CON VENENO, 1 AUTOLACERACIONES, 1 AHORCAMIENTO, ULTIMO  
 INTENTO DIC 2017; IDEAS DE SUICIDIO PERMANENTES CON PLAN ESTRUCTURADO "COMPRE UN VENENO CAMPEON PERO DUE VOY A  
 CONSULTA PRIMERO A VER QUE PASA"

NO CONSULTAS PREVIAS DE PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA,  
 CONSULTA POR MOTIVACION DE UNA AMIGA

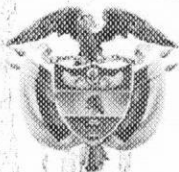
PACIENTE ACUDE A URGENCIAS REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR PSIQUIATRIA, PARA MANEJO HX EN USM PSIQUIATRIA. PTE  
 REFIERE CUADRO DE 11 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DESESPERANZA, MULTIPLES INTENTOS DE SUICIDIO, EL PRIMERO DE ELLOS A  
 LOS 13 AÑOS. MANIFIESTA QUE DESDE LOS 10 AÑOS PRESENTA ACTITUD DESINTEREZADA POR LA VIDA, ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO "A  
 VECES COMO Y A VECES NO, ME DA PEREZA TODO" AL INDAGAR POR UN FACTOR DESENCADENANTE REFIERE QUE NO DESEA HABLAR AL  
 RESPECTO. HA TENIDO 4 INTENTOS DE SUICIDIO, ULTIMO DE ELLOS EN DICIEMBRE DEL AÑO PASADO, INTENTO AHORCARSE. PRESENTA  
 EPISODIOS DE DESPERSONALIZACION, REFIERE IDEAS DE DESESPERANZA CONSTANTES "QUE PEREZA LA VIDA". LA SX AFECTIVA SE  
 AGUDIZA DESDE OCTUBRE DE 2017, DONDE LAS IDEAS DE AUTOAGRESION SON CONSTANTES.

AL INDAGAR SOBRE DINAMICA FAMILIAR REFIERE QUE VIVIO SU INFANCIA CON LA ABUELA, PADRES SEPARADOS, LA MADRE ESTUDIO  
 DURANTE SU INFANCIA (MOTIVO POR EL QUE VIVIA CON LA ABUELA) Y ACTUALMENTE TIENE 3 TRABAJOS SEGUN REFIERE LA PACIENTE.  
 AL INDAGAR POR EL PADRE MANIFIESTA QUE NO ESTUVO PRESENTE, TIENEN CONTACTO OCASIONAL, REFIERE "NO ME INTERESA HABLAR  
 CON EL" "A VECES PIENSO QUE ME GUSTARIA QUE ESTUVIERA MUERTO PARA VER ESO COMO ME HARIA SENTIR".

CONSUMO OCASIONAL DE ALCOHOL, REFIERE QUE CUANDO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ "ESCUCHA UNA VOZ DE UNA  
 MUJER "A VECES CREO QUE ES MI SUBCONCIENTE PERO NO LE PONGO CUIDADO PORQUE ME DA MIEDO" CUANDO PRESENTA ESTOS



**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

Fecha: 2018/03/23 Hora: 16:07

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT: <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
Código: 1500100387		CC: <input type="checkbox"/>	DV: <input type="checkbox"/>
Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono: 8 7405030			
Indicativo	Número	Departamento: BOYACA	15 Municipio: TUNJA 001

**DATOS DEL PACIENTE**

ESCOBAR	VEGA	LAURA	NATALIA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		Número documento de Identificación: 1052410873	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte		
<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	Fecha de Nacimiento: 1997-02-18		
Dirección de la Residencia Habitual: EDIFICIO ESCALA		Teléfono: 3115284124	
Departamento: BOYACA	15	Municipio: TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C		Código: EPS037	

EPISODIOS, REALIZA ACTOS DE AUTOAGRESION "ME CORTO O ME GOLPEO PERO NO SOY CONCIENTE DE LO QUE HAGO"  
RELATA A MUY TEMPRANA EDAD, 6 AÑOS, HABER SIDO VICTIMA DE ABUSO SEXUAL EN 3 OCASIONES, POR PERSONAS CONOCIDAS,  
SITUACION QUE NUNCA COMENTO, NO GENERAN INESTABILIDAD AFECTIVA O EMOCIONAL "ESO ES NORMAL, LE OCURRE A MUCHA  
GENTE", A LOS 18 AÑOS EN 2 OCASIONES, EN UNA OCASION AL ENCONTRARSE BAJO EFECTOS DE CONSUMO DE ALCOHOL, THC, "NO  
DESEO HABLAR DE ELLOS", HECHOS NO NOTIFICADOS, NO DESEA DENUNCIAR.

**ANTECEDENTES:**

ALERGICOS: NIEGA

PATOLOGICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

HOSPITALARIOS: INTOXIACIÓN

TRANSFUSIONALES: NIEGA

PSIQUIATRICOS: NIEGA

FAMILIARES MANIFIESTA QUE SU PADRE TIENE CONDUCTAS PSICOPATICAS, ESTUVO EN LAS FILAS DE LA GUERRILLA, HA REALIZADO  
VARIOS HOMICIDIOS.

TOXICOS: ALCOHOL OCASIONALMENTE NO ESTABLECE FRECUENCIA, TABACO OCASIONALMENTE (DOS DIARIOS), SPA MARIHUANA DESDE  
HACE DOS AÑOS, ULTIMO CONSUMO A PRINCIPIOS DE MARZO, PROBÓ LEEN

RLN DISTANTE CON FAMILIARES, VIVE SOLA EN TUNJA, POCOS AMIGOS.

Plan de manejo: PTE CUADRO DEPRESIVO CRONICO CON SINTOMAS ANSIOSOS DE DESPERSONALIZACION DESREALIZACION Y DISOCIATIVOS

QUE AMERITA ESTUDIO DE ORGANICIDAD,

SIN RED DE APOYO, MULTIPLES INTENTOS DE SUICIDIO CON RIESGO SUICIDA ACTUAL,

CONSUMO NOCIVO DE THC. REQUIERE MANEJO HX EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. P/ UBICAR RED DE APOYO.

**Diagnóstico:**

F329 EPISODIO DEPRESIVO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal

F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

F481 SINDRÓME DE DESPERSONALIZACION Y DESVINCULACION DE LA REALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Z915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

**Motivos de remisión:**

REFERENCIA

REQUIERE MANEJO EN USM

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

Firma: \_\_\_\_\_

Registro: 962-03

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

Fecha: 2018/03/23    Hora: 16:07

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/> X	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**

ESCOBAR		VEGA		LAURA		NATALIA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>				1052410873			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte			Número documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación			Fecha de Nacimiento: 1997-02-18			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación						
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:		EDIFICIO ESCALA				Teléfono: 3115284124	
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	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>				Número Documento Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte			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:				

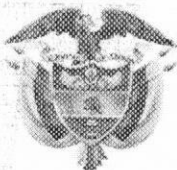
**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

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**

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/03/23 Hora: 16:07

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
Código	1500100387	CC <input type="checkbox"/>	DV
Dirección Prestador:		CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA	
Teléfono	8 7405030		
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

### DATOS DEL PACIENTE

ESCOBAR	VEGA	LAURA	NATALIA
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			
		1052410873	
		Número documento de Identificación	
		Fecha de Nacimiento: 1997-02-18	
Dirección de la Residencia Habitual:		EDIFICIO ESCALA	
		Teléfono: 3115284124	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C	
		Código:	EPS037

**Anamnesis:**

PACIENTE DE 21 AÑOS QUE ACUDE REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR PSIQUIATRIA, REFIERE CUADRO DE 11 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DESESPERANZA, MULTIPLES INTENTOS DE SUICIDIO, EL PRIMERO DE ELLOS A LOS 13 AÑOS. MANIFIESTA QUE DESDE LOS 10 AÑOS PRESENTA ACTITUD DESINTEREZADA POR LA VIDA, ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO "A VECES COMO Y A VECES NO, ME DA PEREZA" AL INDAGAR POR UN FACTOR DESENCADENANTE REFIERE QUE NO DESEA HABLAR AL RESPECTO. HA TENIDO 4 INTENTOS DE SUICIDIO, ULTIMO DE ELLOS EN DICIEMBRE DEL AÑO PASADO, INTENTO AHORACRSE. PRESENTA EPISODIOS DE DESPERSONALIZACION "A VECES ME MIRO AL ESPEJO Y SIENTO QUE ES OTRA PERSONA" QUE SE PRESENTAN DE MANERA IRREGULAR, EN OCASIONES CON INTERVALOS DE AÑOS. REFIERE IDEAS DE DESESPERANZA CONSTANTES "QUE PEREZA LA VIDA". AL INDAGAR SOBRE DINAMICA FAMILIAR REFIERE QUE VIVIO SU INFANCIA CON LA ABUELA, PADRES SEPARADOS, LA MADRE ESTUDIO DURANTE SU INFANCIA (MOTIVO POR EL QUE VIVIA CON LA ABUELA) Y ACTUALMENTE TIENE 3 TRABAJOS SEGUN REFIERE LA PACIENTE. AL INDAGAR POR EL PADRE MANIFIESTA QUE NO ESTUVO PRESENTE, TIENEN CONTACTO OCASIONAL, REFIERE "NO ME INTERESA HALBAR CON EL" "A VECES PIENSO QUE ME GUSTARIA QUE ESTUVIERA MUERTO PARA VER ESO COMO ME HARIA SENTIR". CONSUMO DE SPA, CONSUMIO THC DE MANERA OCASIONAL PERO NIEGA CONSUMO FRECUENTE, ULTIMO CONSUMO A INICIO DE ESTE MES, CONSUMO OCASIONAL DE ALCOHOL, REFIERE QUE CUANDO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ ESCUCHA UNA VOZ DE UNA MUJER "A VECES CREO QUE ES MI SUBCONCIENTE PERO NO LE PONGO CUIDADO PORQUE ME DA MIEDO" CUANDO PRESENTA ESTOS EPISODIOS REALIZA ACTOS DE AUTOAGRESION "ME CORTO O ME GOLPEO PERO NO SOY CONCIENTE DE LO QUE HAGO" EN EL MOMENTO PACIENTE MANIFIESTA QUE ACUDE POR SOLICITUD DE UNA AMIGA QUE LA ACOMPAÑA EN ESTE MOMENTO.

### Examen Físico:

#### Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, ALERTA ORIENTADA ATENTA ACTITUD APATICA, DESINTERESADA INGRESA EN PIJAMA ACTITUD DESPREVENIDA, AFECTO INDIFERENTE, EULALICA, PENSAMIENTO LOGICO COHERENTE IDEAS DE DESESPERANZA FRUSTRACION, MINUSVALIA, IDEAS DE MUERTE Y SUICIDIO ESTRUCTURADAS JUICIO DEBILITADO INTROSPECCION Y PROSPECCION INCIERTAS



**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

Fecha: 2018/03/23 Hora: 16:07

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

-0

CC ☐

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**

ESCOBAR

VEGA

LAURA

NATALIA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

☐

Registro Civil

☐

Tarjeta de Identidad

☒

Cédula de Ciudadanía

☐

Cédula de Extranjería

☐

Pasaporte

☐

Adulto sin Identificación

☐

Menor sin Identificación

1052410873

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1997-02-18

Dirección de la Residencia Habitual:

EDIFICIO ESCALA

Departamento:

BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

Teléfono: 3115284124

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

NUEVA EPS-C

Código: EPS037

15001

**Resumen de la Evolución:**

**EVOLUCIÓN**

Fecha: 23/03/2018 14:50

Subjetivo, objetivo y análisis: PSIQUIATRIA VALORACION NOTA RETROPECTIVA

LAURA ESCOBAR

EDAD: 21 AÑOS

PROCEDENCIA: BOGOTÁ

RESIDENCIA: TUNJA (LA MARIA)

ESCOLARIDAD: MEDICINA VETERINARIA Y ZOOTECNIA (SEGUNDO SEMESTRE)

OCUPACIÓN: ESTUDIANTE

SOLTERA SIN HIJOS, VIVE SOLA

ASISTE SOLA A CONSULTA DE PSIQUIATRIA AMBULATORIA, REMITIDA DE PSICOLOGIA DE UPTC "EL PSICOLOGO ME MANDO PARA ACA."

DONDE RELATA CUADRO CLINICO DE 11 AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR FENOMENOS DE DESPERSONALIZACION Y DESREALIZACION "ESTOY NORMAL BAÑANDOME O MAQUILLANDOME Y SIENTO QUE SOY OTRA PERSONA" SINTOMAS EPISODICOS DE APROX 10 MIN., EPISODIOS QUE PUEDEN PRESENTARSE DE FORMA INTERMITENTE A DIARIO O HASTA ANUALES.

TAMBIEN PRESENTA EPISODIOS DISOCIATIVOS 4 HORAS. DURANTE LOS EPISODIOS PRESENTA ALUCINACIONES AUDITIVAS ESCUCHA VOCES "SIENTO UNA MUJER QUE ME HABLA EN LA CABEZA NO LE PONGO CUIDADO PORQUE ME DA MIEDO." TAMBIEN PRESENTA EPISODIOS DE AUTOAGRESION "ME CORTO Y ME PEGO NO SOY CONCIENTE QUE LO HAGO".

PPM APATICA INDIFFERENTE DESALENTADA ME DA PEREZA

CONSUMO DE SPA THC CONSUMO OCASIONAL ULTIMO CONSUMO INICIO DEL MES NIEGA OTRAS SPA NO ALCOHOL CIGARRILLO OCASIONAL

HISTORIA DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS, 4 INTENTOS DE SUICIDIO: 2 CON VENENO, 1 AUTOLACERACIONES, 1 AHORCAMIENTO, ULTIMO INTENTO DIC 2017; IDEAS DE SUICIDIO PERMANENTES CON PLAN ESTRUCTURADO "COMPRE UN VENENO CAMPEON PERO DUE VOY A CONSULTA PRIMERO A VER QUE PASA"

NO CONSULTAS PREVIAS DE PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA, CONSULTA POR MOTIVACION DE UNA AMIGA

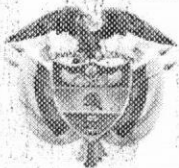
PACIENTE ACUDE A URGENCIAS REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA POR PSIQUIATRIA, PARA MANEJO HX EN USM PSIQUIATRIA .PTE REFIERE CUADRO DE 11 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DESESPERANZA, MULTIPLES INTENTOS DE SUICIDIO, EL PRIMERO DE ELLOS A LOS 13 AÑOS. MANIFIESTA QUE DESDE LOS 10 AÑOS PRESENTA ACTITUD DESINTEREZADA POR LA VIDA, ACTIVIDADES DE AUTOCUIDADO "A VECES COMO Y A VECES NO, ME DA PEREZA TODO" AL INDAGAR POR UN FACTOR DESENCADENANTE REFIERE QUE NO DESEA HABLAR AL RESPECTO. HA TENIDO 4 INTENTOS DE SUICIDIO, ULTIMO DE ELLOS EN DICIEMBRE DEL AÑO PASADO, INTENTO AHORCARSE. PRESENTA EPISODIOS DE DESPERSONALIZACION, REFIERE IDEAS DE DESESPERANZA CONSTANTES "QUE PEREZA LA VIDA". LA SX AFECTIVA SE AGUDIZA DESDE OCTUBRE DE 2017, DONDE LAS IDEAS DE AUTOAGRESION SON CONSTANTES.

AL INDAGAR SOBRE DINAMICA FAMILIAR REFIERE QUE VIVIO SU INFANCIA CON LA ABUELA, PADRES SEPARADOS, LA MADRE ESTUDIO DURANTE SU INFANCIA (MOTIVO POR EL QUE VIVIA CON LA ABUELA) Y ACTUALMENTE TIENE 3 TRABAJOS SEGUN REFIERE LA PACIENTE. AL INDAGAR POR EL PADRE MANIFIESTA QUE NO ESTUVO PRESENTE, TIENEN CONTACTO OCASIONAL, REFIERE "NO ME INTERESA HABLAR CON EL" "A VECES PIENSO QUE ME GUSTARIA QUE ESTUVIERA MUERTO PARA VER ESO COMO ME HARIA SENTIR".

CONSUMO OCASIONAL DE ALCOHOL, REFIERE QUE CUANDO SE ENCUENTRA EN ESTADO DE EMBRIAGUEZ "ESCUCHA UNA VOZ DE UNA MUJER "A VECES CREO QUE ES MI SUBCONCIENTE PERO NO LE PONGO CUIDADO PORQUE ME DA MIEDO" CUANDO PRESENTA ESTOS

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/03/23 Hora: 16:07

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
Teléfono	8 7405030	CC <input type="checkbox"/>	DV
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

### DATOS DEL PACIENTE

ESCOBAR	VEGA	LAURA	NATALIA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1052410873	
<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: 1997-02-18	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			

Dirección de la Residencia Habitual:	EDIFICIO ESCALA	Teléfono:	3115284124
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C	Código:	EPS037

EPISODIOS, REALIZA ACTOS DE AUTOAGRESION "ME CORTO O ME GOLPEO PERO NO SOY CONCIENTE DE LO QUE HAGO"  
RELATA A MUY TEMPRANA EDAD, 6 AÑOS, HABER SIDO VICTIMA DE ABUSO SEXUAL EN 3 OCASIONES, POR PERSONAS CONOCIDAS,  
SITUACION QUE NUNCA COMENTO, NO GENERAN INESTABILIDAD AFECTIVA O EMOCIONAL "ESO ES NORMAL, LE OCURRE A MUCHA  
GENTE" A LOS 18 AÑOS EN 2 OCASIONES, EN UNA OCASION AL ENCONTRARSE BAJO EFECTOS DE CONSUMO DE ALCOHOL, THC, "NO  
DESEO HABLAR DE ELLOS", HECHOS NO NOTIFICADOS, NO DESEA DENUNCIAR.

### ANTECEDENTES:

ALERGICOS: NIEGA  
PATOLOGICOS: NIEGA  
FARMACOLOGICOS: NIEGA  
QUIRURGICOS: NIEGA  
HOSPITALARIOS: INTOXICACIÓN  
TRASNFUSIONALES: NIEGA  
PSIQUIATRICOS: NIEGA  
FAMILIARES MANIFIESTA QUE SU PADRE TIENE CONDUCTAS PSICOPATICAS, ESTUVO EN LAS FILAS DE LA GUERRILLA, HA REALIZADO  
VARIOS HOMICIDIOS.  
TOXICOS: ALCOHOL OCASIONALMENTE NO ESTABLECE FRECUENCIA, TABACO OCASIONALMENTE (DOS DIARIOS), SPA MARIHUANA DESDE  
HACE DOS AÑOS, ULTIMO CONSUMO A PRINCIPIOS DE MARZO, PROBÓ LEEN

RLN DISTANTE CON FAMILIARES, VIVE SOLA EN TUNJA, POCOS AMIGOS.  
Plan de manejo: PTE CUADRO DEPRESIVO CRONICO CON SINTOMAS ANSIOSOS DE DESPERSONALIZACION DESREALIZACION Y DISOCIATIVOS  
QUE AMERITA ESTUDIO DE ORGANICIDAD,  
SIN RED DE APOYO, MULTIPLES INTENTOS DE SUICIDIO CON RIESGO SUICIDA ACTUAL,  
CONSUMO NOCIVO DE THC. REQUIERE MANEJO HX EN UNIDAD DE SALUD MENTAL. P/ UBICAR RED DE APOYO.

Diagnóstico:	F329 EPISODIO DEPRESIVO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal
	F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
	F481 SINDROME DE DESPERSONALIZACION Y DESVINCULACION DE LA REALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
	Z915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
	Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

### Motivos de remisión:

REFERENCIA  
REQUIERE MANEJO EN USM

### FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03