

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

[illegible]

No de Solicitud

216306

Fecha de radicación de la Referencia

05/04/2018 08:50:20

Hora de radicación de la Referencia

8:50:20 a. m.

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

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:		JHONATAN FELIPE CHILA ARIZA		Identificación:		1000619214		1000619214		Sexo:		Masculino	
Fecha Nacimiento :		20/12/2000 12:00:00 a. m.		Edad Actual:		17 Años \ 3 Meses \ 16 Días		AREA DE SERVICIO		2LVE10		INGRESO	
Dirección:		----		Teléfono:				Localidad		BOGOTA			
CC Cedula de Ciudadania		RC Registro Civil		MSI Menor sin Edificación		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:		-		Teléfono Resp:		-							
Dirección Resp:		-											
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
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	F321

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES	
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

[illegible]

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

I NIVEL:

II NIVEL:

III NIVEL:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	INTENTO DE SUICIDIO					
	PACIENTE DE 17 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA INTENTO DE SUICIDIO L REALIZAR AUTOGRAESION CON CUCHILLO EN REGION PRECORDIAL CON SOLO COMPROMISO DE LA PIEL, INGRESA EN TRASLADO PRIMARIO POR AMBULANCIA MEDICALIZADA QUE AL LLEGAR AL LUGAR DEL SUCESO REFIEREN QUE EL PACIENTE SE TORNO AGRESIVO POR LO CUAL TUVIERON QUE SEDARLO CON 5 MG DE MIDAZOLAM Y HALOPERIDOL, INTENTAN PASO DE Sonda NASOGASTRICA LA CUAL NO LOGRAN PASAR, REFIERE LA MADRE QUE EL PACIENTE PRESENTA ESTE EPISODIO POSTERIOR A CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (MARIHUANA Y ALCOHOL), POSTERIOR TERMINAR CON LA PAREJA SENTIMENTAL					
Examen Físico:	PACIENTE CON FACIES EXPRESIVAS, DE TRISTEZA, NO MANTIENE LA MIRADA. NO EMITE CONTACTO VERBAL ESPONTANEO, CON POCA REACTIVIDAD AL MEDIO, ADECUADA PRESENTACION PERSONA, CON EDAD CRONOLIGICA ACORDE CON LA APARENTE, ESTA ALERTA, CON ORIENTACION GLOBAL, HIPOPREOSEXICO, SIN ALTERACIONES EN LA ESTRUCTURA DEL LENGUAJE, BRADIALICO, SIN FALLAS MNESCIAS, PENSAMIENTO LINEAL, DE FORMA COHERENTE, CON ADECUADA ASOCIACION DE LAS IDEAS, BRADIPSQUICO, EN SU CONTENIDO SIN PRESENTAR IDEACION DELIRANTE NI OBSESIVA, CON IDEAS DE RUINA Y MINUSVALIA, LOGICO, CON AFECTO CONMTENIDO, DE FONDO TRISTE, SIN ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCION HIPOBULICO A, CON INTELIGENCIA PROEMDIO.					
Signos Vitales	TA: 110/78	FC: 88 x Min	FR: 18 x Min	GlasGow: 15	TC: 0	Peso: 60,0000
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 ☐ Aminorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE SIN ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL, QUIEN PRESENTA CAMBIOS EMOCIONALES DESDE HACE MAS DE 2 SEMANAS DADO POR SENSACION DE TRISTEZA, HIPOBULIA, INSOMNIO DE MULTIPLES DESPERTARES, CONSUMO DE ALCOHOL, IDEAS DE MINUSVALIA, RUINA, Y MUERTE, BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR, APATIA, CON PERSONALIDAD POCO FLEXIBLE EMOCIONALMENTE INESTABLE, QUIEN RELIZA INTENTOS SUICIDA AL HERIRSE CON OBJETO CORTOPUNZANTE EN TORAX SIN LOGRAR PENETRAR CAVIDAD. PRIMER INTENTO SUICIDA. COMO DESENCADENANTE ASOCIA CONFLICTOS CON PAREJA. FUE VALORADO POR MEDICO GENERAL RESIDENTE DE PSIQUIATRIA QUIEN CONSIDERO NO INICIAR TRATAMIENTO MEDICO. REVALORADO PACIENTE. CONSIDERO QUE REQUIERE MANEJO
-------------------------------	---

INTRAMURAL EN UNIDAD DE SALUD MENTAL DADO RIESGO INTERMEDIO SUICIDA Y QUE SE
ENCUENTRA EN ESTADO DEPRESIVO SIN PSICOSIS . INICIO TRATAMIENTO MEDICO

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 ☐
. Otro: ☐ Falta_Cama_IPS_Remite

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA DIA MES AÑO Hora Militar: Funcionario de Contacto Cargo: Punto de destino final:

Andres Parra E

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico PARRA ESPITIA ANDRES

Registro 80112022

**VERIFICACIÓN DE DERECHOS Y DEFINICIÓN DE LÍNEA DE PAGO**

NO.	274955
FECHA:	04/04/2018 18:13
ESTADO:	Verificado

PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
JHONATAN	FELIPE	CHILA	ARIZA

TIPO DOCUMENTO	NUMERO DOCUMENTO
Tarjeta de Identidad	1000619214

COMPROBADORES

FOSYGA Compensados
FOSYGA DBUA
Base de datos planeación nacional
Comprobador web


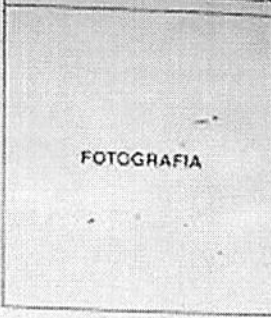

OBSERVACIONES


PACIENTE ACTIVO FAMISANAR EN COMPROBADOR, ACTIVO FOSYGA, COMPENSADOS MARZO DE 2018 DN BOGOTA 50.27 /// SE DEFINE FAMISANAR EPS INFORMA SELENE RODRIGUEZ PACIENTE BENEFICIARIO ACT CATEGORIA A CON 396 SEMANAS AUTO 35997879

DEFINICIÓN LÍNEA DE PAGO FAMISANAR E.P.S.

NOMBRE DE QUIEN VERIFICA PATERNINA ARRIETA DANIEL DAVID

R-4

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL		
		
	FIRMA DEL REGISTRADOR MUNICIPAL	INDICE DERECHO
		
FOTOGRAFIA		

REPUBLICA DE COLOMBIA	
	TARJETA DE IDENTIDAD No. 1.000.619.214
APELLIDOS	CHILA ARIZA
NOMBRES	JHONATAN FELIPE
20/DIC/2000	SEXOM
CUNDINAMARCA BOGOTA D.C.	
FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO	GS0 RH-
11/MAR/2013	
BOGOTA D.C., CUNDINAMARCA	
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION	
19/DIC/2018	30147417
FECHA DE VENCIMIENTO	DUPLICADO

RESEÑA NIT. 890.321.151-0