

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 2

Fecha de Solicitud

24 4 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

23/04/2018

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: EDER ADRIAN MALAVER ROLDAN

Sexo : Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CRA 5 N 7A 27

T.D. TI Nro. Identificación: 1193229386

Zona: Urbano X Rural

Teléfono: 3186857021

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: PESCA

Seguridad Social en Salud: Contributivo

E.P.S.: NUEVA EPS-S -- Hospitalizado Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Nivel 1 A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

## AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO DE 15 AÑOS DE EDAD QUIEN SE FUGA DE LA CASA Y LLEGA AL SIGUIENTE DIA PSICOTICO NIEGA CONSUMO DE SPA PERO DROGAS DE ABUSO REPORTAN POSITIVO PARA MARIHUANA. TIENE IMPORTANTES ALTERACIONES COMPORTAMENTALES MAL RENDIMIENTO ESCOLAR. NO RECONOCE FIGURAS DE AUTORIDAD. NO SEGUIMIENTO DE REGLAS NI LIMITES, MADRE PERMISIVA POTENCIADORA DE SÍNTOMAS. EN EL MOMENTO NO PRESENTA SÍNTOMAS PSICÓTICOS NI DEPRESIVOS. SE OBSERVA ANSIOSO OPOSICIONISTA Y HOSTIL. HOY AQUÍ Y AHORA NIEGA ENFÁTICAMENTE IDEAS DE MUERTE O SUICIDIO AUNQUE ESTO ES IMPOSIBLE DE PREDECIR BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA. SE INICIA TTO CON LEVOEMPROMAZINA GOTAS 20-20-20 SE INICIA TRAMITE DE REMISION A PROGRAMA DE REHABILITACION. SE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE Y A MADRE EL PLAN DE MANEJO QUIENES REFIEREN ACEPTAR Y ENTENDER

## DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Z864

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

## Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

7. Otro

2. Falta insumos y/o suministros

5. Requiere otro nivel de atención

PROGRAMA DE REHABILITACION

3. Falta de Equipo(s)

6. Voluntario

## INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

Fecha Salida del Paciente

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☐

Urgencia

☐ Consulta Externa (Ambulatorio)☐ Hospitalización☐ Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐ Consulta Externa (Ambulatorio)☒ Hospitalización☐ Otro

## EVOLUCION

Fecha:

Plan de Tratamiento



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 2 of 2

Fecha de Solicitud

24	4	2018	
----	---	------	--

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

23/04/2018

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: EDER ADRIAN MALAVER ROLDAN

Sexo : Masculino

Edad: Dias: Meses: Años: Dirección Residencia: CRA 5 N 7A 27



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable