

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

708001



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

Fecha: 2018/05/28 Hora: 12:52

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

PERALTA	CACERES	JULIO	CESAR
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		1092386801 Número documento de Identificación	
Fecha de Nacimiento: 1998-08-25			
Dirección de la Residencia Habitual:		TUNJA	
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
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input 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		Número Documento Identificación	
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

Anamnesis:
 ANT DE ESQUIZOFRENIA EN MANEJO CON CARBONATO DE LITIO Y QUETIAPINA, MADRE REFIERE QUE EL DIA DE HOY SE DESCOMPENSO, SE TORNO AGRESIVO, SE RIE SOLO, FIJA LA MIRADA, HABLA MUCHO, ESTA INQUIETO

Examen Físico:
 Neurológico y Mental
 Neurológico y Mental: Anormal, Examen Mental
 Alerta, apariencia acorde a la edad, porte descuidado, actitud hostil. Orientado auto y alopsíquicamente, disproséxico, sin evidencia de alteraciones mnésicas, ecológico, patológico, taquicárdico, presenta bloqueos del pensamiento asociado a tangencialidad marcada, con perseverancia con temas militares y referencialidad con madre. Niega alteraciones de la sensorio-percepción, sin embargo con actitud alucinatoria. Afecto expansivo, labil, de fondo hostil. Introspección nula, prospección ausente, juicio de realidad comprometido, inmovilizado en 2 puntos de manera preventiva.

18457 Se envió reportes

Miguel Ruzo

Angelica Ortiz

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/05/28 Hora: 12:52

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

-0

Código 1500100387

Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

DV

Teléfono 8 7405030

Indicativo Número

Departamento: BOYACA

15

Municipio: TUNJA

001

DATOS DEL PACIENTE

PERALTA

CACERES

JULIO

CESAR

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

1092386801

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1998-08-25

Dirección de la Residencia Habitual: TUNJA

Departamento: BOYACA

15

Municipio: TUNJA

Teléfono:

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C

Código: EPS037

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 28/05/2018 08:09

Síntesis, objetivo y análisis: ****Interconsulta Psiquiatría - Nota Retrospectiva****

Nacimiento: Bucaramanga

Procedencia: Duitama

Escolaridad: Bachillerato

Ocupación: Cesante

Cohabita con: Madre

Estado Civil:

Acompañante: amigo de la familia, en el momento no hay familiares

Enfermedad Actual:

Paciente masculino de 19 años con antecedente de trastorno afectivo bipolar vs esquizofrenia noes por historia clínica previa, de atención en hospital mental san camilo de bucaramanga, quien ingresa por tomarse agresivo, soliloquios y risas inmotivadas. Al momento del interrogatorio paciente en compañía de persona externa al núcleo familiar quien no conoce historia clínica del paciente; sin embargo aporta historia clínica de atención del Hospital Psiquiátrico San Camilo con hospitalización en 27.04.18, hasta el día 21.05.18, por cuadro maniforme con síntomas psicóticos con ideas megalomaniacas, referenciales frente a la madre tornándose agresiva con ella, discurso repetitivo. Presento síndrome neuroléptico maligno secundario a aplicación de Haloperidol por lo que fue remitido para el Hosp. Universitario de Santander y recibió manejo por medicina interna.

Relatan antecedentes de tab cuadro de mania con psicosis y sx previos de un año de evolución como soliloquios, tx del patron de sueño en horas de la noche, en el día verborragia, logorrea, coprolalia, había recibido manejo con clonazepam -ácido valproico.

Se le da egreso el día 21.05.18 con diagnósticos diferenciales Esquizofrenia vs. TAB vs. Esquizoafectivo y con manejo con Litio 900 mg día y Quetiapina 400 mg noche.

Se desconoce si presentó pobre adherencia a medicamentos durante tiempo de egreso e ingreso a nuestra institución.

Paciente quien a la entrevista se encuentra con fuga de ideas, marcada tangencialidad y tendencia a la irrelevancia lo que dificulta examen mental, tiempo de inicio. No responde preguntas relacionadas con uso de medicación o consumo de sustancias psicoactivas.

Paciente quien durante turno noche recibió 2 dosis de 5mg IV de Midazolam, con inadecuada contención agitación psicomotora, requiere contención física preventiva

Antecedentes:

Patológicos: No conocidos

Quirúrgicos: No conocidos

Farmacológicos: Quetiapina 400mg cada noche / Carbonato de Litio 300mg cada 8 horas

Alérgicos: ****SÍNDROME NEUROLÉPTICO MALIGNO CON HALOPERIDOL***

Tóxicos: No conocidos

Familiares: No conocidos

Psiquiátricos: No conocidos

Plan de manejo: Diagnósticos:

- Episodio psicótico agudo de características esquizofrenicas
- Esquizofrenia indiferenciada - Trastorno afectivo Bipolar noes
- Antecedente de SNM asociado a uso de haloperidol
- Adecuada red de apoyo.

Paciente masculino de 19 años con cuadro clínico descrito, quien ha presentado una exacerbación de sintomatología conductual y psicótica temprana posterior al egreso hospitalario hace 8 días. Se considera paciente probablemente presentó agudización de sintomatología por inadecuada adherencia a tratamiento farmacológico, que compromete su juicio de realidad, requiere manejo hx por servicio de psiquiatría

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/05/28 Hora: 12:52

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

PERALTA	CACERES	JULIO	CESAR
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1092386801	
<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: 1998-08-25	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		TUNJA	Teléfono:
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C	Código: EPS037

Por el momento se decide solicitar paracimicos de ingreso, IAC de craneo y toxicos en orina, para descartar sustrato organico. Se instaura manejo medico establecido al egreso de hospitalización previa.

Se deja hospitalizado y se le explica a familiar la necesidad de continuar con acompañamiento permanente por riesgo de auto o heteroagresión.

Diagnóstico:

F20 ESQUIZOFRENIA - NO ESPECIFICADA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
F21 TRASTORNO PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
F319 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR - NO ESPECIFICADO (por historia clinica) Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (0.1%) SOLUCION INYECTABLE
SODIO CLORURO 0.9% X 500 ML SOLUCION INYECTABLE
MIDAZOLAM 5 MG/5 ML (0.1%) SOLUCION INYECTABLE

Motivos de remisión:

REFERENCIA
SE HACEN TRÁMITES DE REMISIÓN POR NO CONTRATO CON EPS Y NECESIDAD DE MANEJO EN USM ADULTOS

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03