

2105 30 TI.

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO
HOSPITAL OCCIDENTE DE KENNEDY
SOLICITUD DE SERVICIOS



SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

702	** N° VERIFICACIÓN	FECHA REPORTE ENCUESTA PRIORITARIA			DIA	MES	AÑO
		FECHA DE REFERENCIA			DIA	MES	AÑO

1. AMBULATORIO ☐ 2. ELECTIVA PRIORITARIA ☐ 3. URGENTE ☐ 4. HOSPITALIZACIÓN ☐

1. AMBULATORIO ☒ 2. ELECTIVA PRIORITARIA ☐ 3. URGENTE ☒ 4. HOSPITALIZACIÓN ☐

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE		SEGUNDO NOMBRE: <u>Andres</u>		PRIMER APELLIDO: <u>Bolivar</u>		SEGUNDO APELLIDO: <u>Ariza</u>	
PRIMER NOMBRE: <u>Carlos</u>							
EDAD: <u>27</u> AÑOS <u>0</u> MESES <u>0</u> DÍAS		DIRECCIÓN RESIDENCIA: <u>Calle 54501 93C45 Bosa Parvenii</u>					
T.D. <u>CC</u>		N° IDENTIFICACIÓN: <u>1014210941</u>		SEXO: M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		TELÉFONO: <u>3102846033</u>	
						LOCALIDAD: <u>BOSA</u>	
C.C. Cédula de ciudadanía		R.C. Registro civil		MSI Menor sin identificación			
T.I. Tarjeta de identidad		PA. Pasaporte		ASI Adulto sin identificación			

PERSONA RESPONSABLE (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)		DIRECCIÓN RESIDENCIA: <u>Calle 54501 93C45</u>		TELÉFONO: <u>3102846033</u>	
NOMBRE Y APELLIDO: <u>Elsy Ariza</u>					

AFILIACIÓN SGSSS		Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/>		Nivel SISBEN <u>1 2 3 4 5-6</u>		Población Especial <input type="checkbox"/>	
Subsidiado <input type="checkbox"/>		Particular <input type="checkbox"/>		Número ficha <u> </u>		I. Indígena S. IVA Social M. Menor en protección	
Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>						G. Indigente D. Desplazado O. Otros	
Entidad Administradora: <u>FOMIXOR EPS</u> Otro Régimen: <u> </u>							

SOLICITUD DE REFERENCIA		FECHA: <u>21/04/19</u>		HORA: <u> </u>		A.M. <input type="checkbox"/> P.M. <input type="checkbox"/>		Edad Gestacional (sem) <u> </u>	
		Identificación de Instituciones							
Nombre del Procedimiento Solicitado		Código Servicio Solicitado		Nombre Punto de Atención Destino Inicial		Código Punto de Atención Destino Inicial		Nombre Punto de Atención Destino Final	
1. Atención Integral por									
2. Psicología en Unidad									
3. de Salud Mental		512720							
4.									
5.									
6.									

ANAMNESIS: Paciente con antecedente de esquizofrenia, con mala adherencia a
medicación farmacológica, suspende la medicación por
simetía, con reactivación de síntomas psicóticos el día de hoy
episodio de hetero agresión

EXAMEN FÍSICO: TA 110/70 FC 90 EP 20
Alerta, orientado a tiempo, espacio, persona y
verbal, en entrevista, actitud cooperativa, sospecha
de hecho irracional, insomnio, pensamiento en posesión
de objetos, ruidos, un hombre que habla

RESULTADOS EXAMENES DIAGNÓSTICOS: SS Hemodinámico

Nombre del diagnóstico		Código de diagnóstico	
1. <u>Esquizofrenia</u>		<u>F200</u>	
2.			
3.			
4.			


TRATAMIENTO/COMPLICACIONES: Continúa con

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO **1.014.210.941**
BUITRAGO ARIZA

APELLIDOS
CARLOS ANDRES

NOMBRES


FIRMA




INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **17-MAY-1990**
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

09-JUN-2009 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN


REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁZQUEZ



A-1508800-00880061-M-1014210941-20170131 0053375949A 2 1424255004