



Hospital
Simón Bolívar

REFERENCIA DE PACIENTES

GESTION CIENTIFICA REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Código: GCF-FO-220-001

Versión: 0



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
9400
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

N° de Planilla

Fecha de radicación de la Referencia

Hora de radicación de la Referencia

Hora Militar

DD MM AA

27 05 18

09:30

TIPO DE USUARIO

TIPO DE USUARIO

1. Ambulatorio ☐ 2. En Urgencias ☒ 3. Hospitalización ☐ 1. Electiva ☐ 2. Electiva Prioritaria ☐ 3. Urgencias ☐ 4. Hospitalización ☒

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Primer Nombre ADRIEL Segundo nombre FERNANDO Primer Apellido MUNES Segundo Apellido DEU
Fecha de Nacimiento: Día 26 Mes 05 Año 1983
Edad: Años 36 Meses 00 Días 00 Horas 00 MIN 00 SEXO M
Tipo Documento CC N° Identificación 791268303
Dirección Residencia SAUIM Localidad SAUIM
Teléfono SAUIM

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)

Nombre y Apellido SAUIM Dirección Residencia SAUIM Teléfono SAUIM

AFILIACION SGSSS

Subsidiado ☐ Clasif. Socioec. ☐ Nivel/Categoría ☐ Población Especial ☐
Contributivo ☒ Particular ☐ N° Ficha ☐ 1. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección
Entidad Administradora: SAUIM G. Indigente D. Desplazado ☐ OTRO: ☐

SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha: Día 27 Mes 05 Año 2018 Hora Militar 09:30 Edad gestacional (sem.) 00

| Nombre del Procedimiento Solicitado | | Código Servicio Solicitado CUPS | Identificación de Instituciones | | Nombre Punto de Atención Destino Final | | Código Punto de Atención Destino Final |
|--|--|--|--|-----------|--|--|--|
| Nombre Punto de Atención Destino Inicial | | Código Punto de Atención Destino Inicial | Nombre Punto de Atención Destino Final | | Código Punto de Atención Destino Final | | |
| 1. <u>HOSPITALIZACIÓN</u> | | | 12. S. B | | | | |
| 2. <u>USA XEPS</u> | | | | | | | |
| 3. <u>USA XEPS</u> | | | | | | | |
| Nivel de Atención requerido: | | I Nivel | II Nivel | III Nivel | | | |

Anamnesis

CUANDO DE 20 DIAS CONSISTENTE EN DOLOR DE OMBLIGO, DOLOR DE ABDOMEN DE TIPO MISERICO
DESECCIONADO, RECORRIDO, ALGUNAS ALIMENTARIO, ALGUNAS

Signos Vitales
TA: 150/100 mmHg | FC: 22 x min | FR: 20 x min | TC: 36 °C | PESO: 75 Kg | Glasgow: 15 | SAT O2: 95 %

Examen Físico
PACIENTE MANEJADO EN URGENCIAS, CON DOLOR DE OMBLIGO, DOLOR DE ABDOMEN DE TIPO MISERICO
TO NO SUBORDINADO, RECORRIDO, ALGUNAS ALIMENTARIO, ALGUNAS
TERMINA REFERENCIAL, ALGUNAS ALIMENTARIO, ALGUNAS

Resultados exámenes diagnósticos

| Nombre del Diagnóstico | Código CIE10 de Diagnóstico |
|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. <u>DISORDIO PERITONEAL AGUDO</u> | <u>R 2 3 9</u> |
| 2. <u>DISORDIO PERITONEAL AGUDO</u> | <u>R 2 3 9</u> |

Tratamientos y Complicaciones

DISORDIO PERITONEAL AGUDO
CONTRASTO EN C/1000

MOTIVO REFERENCIAL

1. SERVICIO NO OFERTADO ☐ 2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL ☐ 3. FALTA DE INSUMOS ☐ 4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS ☐
5. FALTA DE CAMAS ☒ 6. CESE DE ACTIVIDADES ☐ 7. AUSENCIA SANITARIA ☐ 8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL ☐
9. AUSENCIA DE CONVENIO ☐ 10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA ☐ Cuál: SAUIM

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA

Nombre SAUIM Profesión SAUIM Especialidad SAUIM
Registro SAUIM Firma SAUIM

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN)

Fecha: Día 27 Mes 05 Año 2018 Hora Militar 09:30
Nombre SAUIM Especialidad SAUIM Cargo SAUIM
Punto de Destino Final SAUIM Funcionario de contacto SAUIM

CANCELACION DE LA REFERENCIA

Fecha: Día 27 Mes 05 Año 2018 Hora Militar 09:30
Nombre SAUIM Especialidad SAUIM Cargo SAUIM

MOTIVO DE CANCELACION

1. FUGA DEL PACIENTE ☐ 2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE ☐ 3. DX NO CONCORDANTE ☐
4. SALIDA VOLUNTARIA ☐ 5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR ☐ 6. REMISION NO PERTINENTE ☐
7. MEJORIA DEL PACIENTE ☐ 8. ALTA DEL PACIENTE ☐ 9. AUTORIZACION VENCIDA ☐
10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE ☐ 11. AUTORIZACION DEL SERVICIO ☐ 12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA ☐
13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA ☐ 14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION ☐ 15. OTRO ☐

Cuál SAUIM Firma de quien cancela SAUIM

1. Llenar los datos completos en forma clara y legible.
2. No se aceptan crédenes sin nombre, firma y registro médico.
3. Use la casilla URGENTE solo en casos críticos.
4. Para solicitar Laboratorio, Interconsulta, Banco de Sangre, Procedimientos, etc.

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGUN LA LEY COLOMBIANA
C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - P.A. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil



Hospital
Simón Bolívar

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Código: GCF-FO- 027

GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SALUD
Hospital Simón Bolívar
III Nivel E.S.E.

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| FECHA 22/5/18 | | | | IDENTIFICACION | | | |
| PRIMER APELLIDO Pérez | | | | SEGUNDO APELLIDO Rey | | | |
| EDAD AÑOS MESES DÍAS 36 | | | | SEXO F M Y | | | |
| FECHA DE INGRESO DÍA MES AÑO 22 5 18 | | | | TIPO DE USUARIO Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/> | | | |
| NOMBRES Anel Fernando | | | | MEDICO TRATANTE Dr. Gustavo A. Zambrano S. Médico Psiquiatra Universidad Javeriana TP 18-495/04 | | | |

RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente sin antecedente de enfermedad mental, quien es traído a urgencias por cuadro clínico de 3 semanas de evolución consistente en insomnio global, actividad alucinatoria visual y auditiva, con episodios de heteroagresión

ANTECEDENTES

Sin antecedentes de importancia

DE LA EVOLUCION

Sintomático

DIAGNOSTICO

Episodio psicótico agudo F239.

TRATAMIENTOS SUGERIDOS

Risperidona 2mg 1/2-0-1
Lorazepam 1mg 1-1-2

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA

C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUIP Número Único Identificación Personal - I-13 Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D Denuncio