

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

26 3 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

25/03/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: JULIAN FELIPE ESPEJO MARTINEZ

Sexo : Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: VEREDA PABLO SOLANO

T.D. TI Nro. Identificación: 1002537782

Zona: Urbano Rural ☒ Teléfono: 3204334806

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: PAIPA

Seguridad Social en Salud: Contributivo ☒

E.P.S.: EPS SANITAS S.A. -- Hospital Tipo de Población Especial: E

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

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

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

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MULTIPLES SPA HACE 3 AÑOS. DESDE AYER SINTOMAS PSICOTICOS ASOCIADOS. TIENE IMPORTANTES ALTERACIONES COMPORTAMENTALES MAL RENDIMIENTO Y DESERSION ESCOLAR NO RECONOCE FIGURAS DE AUTORIDAD. NO SEGUIMIENTO DE REGLAS NI LIMITES, PADRES SEPARADOS PERMISIVOS POTENCIADORES DE SÍNTOMAS. EN PACIENTE PSICÓTICO. ALTO RIESGO DE AUTO HETEROAGRESION AGITACION Y FUGA. HOY AQUÍ Y AHORA NIEGA ENFÁTICAMENTE IDEAS DE MUERTE O SUICIDIO AUNQUE ESTO ES IMPOSIBLE DE PREDECIR BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA. SE INICIA TTO CON HALOEPRIDOL GOTAS 5-5-5. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM. SE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE Y A PADRE EL PLAN DE MANEJO REFIEREN ACEPTAR Y ENTENDER

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS

F192

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

MEDICINA INTERNA

Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐
☐
☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐
☒

3. Falta de Equipo(s)

☐
☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

5. Requiere otro nivel de atención

6. Voluntario

7. Otro

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

26 3 2018

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