

ANEXO TECNICO No. 9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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



Consecutivo interno: 25914 **Fecha de realizacion de la Referencia:** martes, 21 de agosto de 2018 10:36 p. m.

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA **NIT:** 890.680.025 - 1
Codigo: 252.900.003.601 **Direccion del prestador:** Trans. 12 No. 22 -51 Barr San Mateo **Telefono:** 873 - 3000
Departamento: Cundinamarca **Municipio:** Fusagasuga **Número de Ingreso a la institución:** 1630119 **Fecha de ingreso:** 21/08/2018

DATOS DEL PACIENTE

NIETO	CASTAÑEDA	MIGUEL	ANGEL
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	2DO NOMBRE
Tipo de Documento:	Cédula_Ciudadania	No. Documento de Identidad:	79804129
Fecha de nacimiento:	1976-08-27	Edad en Años	41
Telefono:	3132975862	Departamento:	BOGOTA D.C.
Municipio:	BOGOTA D.C.	Entidad responsable de pago:	NUEVA EPS S.A.
Direccion de Residencia:	BOGOTA	Regimen	Contributivo
Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo Evento:	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

A	A	A	A
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	2DO NOMBRE
Tipo de Documento:	Cédula_Ciudadania	No. Documento de Identidad:	A
Telefono:	A	Departamento:	BOGOTA D.C.
Municipio:	BOGOTA D.C.	Direccion de residencia:	A

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	BEDOYA FUENTES ADRIANA CATALINA	Telefono celular:		Telefono:	873 - 3000
Servicio que solicita el servicio:	Urgencias				
Servicio para el cual se solicita la referencia:	Urgencias				

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fecha y resultado de exámenes, auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar el profesional tratante de firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional. RECUERDE DILIGENCIAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE AMBULANCIA.

Motivo Consulta: TENGO IDEAS SUICIDAS

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 41 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE VARIOS DIAS DE PRESENTAR IDEAS SUICIDAS LAS CUALES SE INTENSIFICARON DESDE HACE 2 DIAS (REFIERE QUE SIENTE GANAS DE CORTARSE CON UN MACHETE Y CON UNA SIERRA DEL CUARTO DE HERRAMIENTAS, ENCERRARSE EN EL CUARTO Y AMANECER MUERTO) ASOCIADO A SENSACION DE TRISTEZA, MIEDO A LAS PERSONAS, DELIRIO DE PERSECUCION. REFIERE ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TTO CON SERTRALINA 100 MG EN LA MAÑANA, ACIDO VALPROICO 500 MG CADA 8 HORAS, CLONAZEPAM 2 MG CADA 12 HORAS, QUETIAPINA 100 MG NOCHE, ALCOHOLISMO EN REHABILITACION. NIEGA ALERGIAS.

Antecedentes: Fecha: 31/10/2017, Tipo: Tóxicos
Alcoholismo, desde hace 1 mes no consume
Niega consumo de sustancias psicoactivas.
Fecha: 31/10/2017, Tipo: Psicológicos
Trastorno afectivo bipolar, en manejo con : Clonazepam 2mg (1-0-1), Sertralina 50mg (2-0-2), Ácido Valproico 250 mg (2-2-2), Clozapina 100mg (1/2 - 0 - 1).
Fecha: 15/01/2018, Tipo: Médicos
ACIDO VALPROICO
CLONACEPAM

Fecha: 15/01/2018, Tipo: Quirúrgicos
HOMBRO IZQUIERDO
Fecha: 15/01/2018, Tipo: Alérgicos
HALOPERIDOL (DISNEA)
Fecha: 15/01/2018, Tipo: Tóxicos
PROBLEMAS DE ALCOHOL
Fecha: 15/01/2018, Tipo: Farmacológicos
ACIDO VALPROICO 250 MG MAÑANA TARDE Y NOCHE
SETRALINA 100 CADA 12 HRS
CLONAZEPAM 2 MG CADA 12 HRS
CLOZAPINA 100 NOCHE

Fecha: 13/02/2018, Tipo: Otros
ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR + TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMITE + TRASTORNO EREPSIVO
ALERGICOS : HALOPERIDOL +
TOXICOS: ALCOHOLISMO
QX:: OSTEOSISTENSIS HOMBRO IZQUIERDO
FAMILIAIRES: NIEGA
FARMACOLOGICOS: ACIDO VALPROICO TABLETA 250 MG VIA ORAL CADA 12 HORAS
Fecha: 13/04/2018, Tipo: Médicos
TAB
Fecha: 01/06/2018, Tipo: Otros
ANTECEDENTES
PATOLOGICOS: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR + TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD LIMITE + TRASTORNO EREPSIVO
ALERGICOS : HALOPERIDOL +
TOXICOS: ALCOHOLISMO
QX:: OSTEOSISTENSIS HOMBRO IZQUIERDO
FAMILIAIRES: NIEGA
FARMACOLOGICOS: ACIDO VALPROICO TABLETA 250 MG VIA ORAL CADA 12 HORAS

Examen Físico: PACIENTE CONCIENTE, ALERTA, NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOCROMICAS Y NORMOREACTIVAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI MEGALIAS, MUCOSA ORAL HUMEDA. TORAX SIMETRICO RSRS PRESENTES SIN AGREGADOS, RSCS RITMICOS, REGULARES SIN SOPLOS NI AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA. LLENADO CAPILAR ADECUADO. NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. NO SIGNOS MENINGEOS, NEUROLOGICO LOGORREICO, IDEACION SUICIDA.

Signos Vitales: TA: 125/62 | FC: 85 x Min | FR: 16 x Min | GlasGow: 15 / 15 | TC: 36,5000 | Peso: 0,0000

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

Tiempo Evolución: 0 min **TV Dilatación:** 0 **Borramiento:** 0 **Estación:** 0 ☐ Cefalico

Resultados Exámenes
Diagnósticos:
Motivo Remisión: Falta_Cama_IPS_Remite

Descripción Motivo: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON CUADRO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN EL MOMENTO EN FASE DEPRESIVA, CON IDEACION CLARA DE SUICIDIO, SE INDICA PASAR A OBSERVACION, SE INDICA MANEJO MEDICO, SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA POR NO DISPONIBILIDAD DE LA ESPECIALIDAD EN EL MOMENTO, SE SOLICITA AMBULANCIA BASICA.

Servicio que Remite: Urgencias **Descripción:**
Servicio Remitido: Urgencias **Descripción:**

Resumen H.Clinica: PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON CUADRO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN EL MOMENTO EN FASE DEPRESIVA, CON IDEACION CLARA DE SUICIDIO, SE INDICA PASAR A OBSERVACION, SE INDICA MANEJO MEDICO, SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA POR NO DISPONIBILIDAD DE LA ESPECIALIDAD EN EL MOMENTO, SE SOLICITA AMBULANCIA BASICA.

Fecha Confirmación: **Fecha Salida:**

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	NOMBRE
F314	TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS
SERVICIOS	
CÓDIGO	NOMBRE
S12701	INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD BAJA +

Catalina B.

1014187494 - BEDOYA FUENTES ADRIANA CATALINA
FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE