

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

Fecha Actual : lunes, 04 febrero 2019

119#35

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

2394

Fecha de radicación de la Referencia

04/02/2019 09:50:22

Hora de radicación de la Referencia

9:50:22 a. m.

Tipo Usuario Ambulatorio

Tipo Remisión

6

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

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	CRISTIAN STIVEN YASO DUARTE	Identificación:	1031155632	1031155632	Sexo:	Masculino	
Fecha Nacimiento :	19/06/1994 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	24 Años \ 7 Meses \ 15 Días	AREA DE SERVICIO	KE10B02	INGRESO	435719
Dirección:	CARRERA 86 N 36 21	Teléfono:	3005007751	Localidad	LOC. KENNEDY		
CC Cedula de Ciudadania	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI	adulto sin Identificar		
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)							
Responsable:	TRASLADO PRIMARIO MOVIL 6340			Teléfono Resp:	3005007751		
Dirección Resp:	CARRERA 86 N 36 21						
AFILIACION SGSSS							
Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0		
Ficha SISBEN:	Tipo de Población Especial:						
Entidad Administradora	RC_002_1 - EPS FAMISANAR CONTRIBUTIVO			I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE OPIACEOS:
ESTADO DE ABSTINENCIA

F113

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO

IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY

2 F B 0 2

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

I NIVEL: ☐II NIVEL: ☐III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	ESTA AGITADO					
Examen Físico:	PACIENTE QUIEN INGRESA EN TRASLADO PRIMARIO AMBULANCIA MEDICALIZADA 6340, REFIERE ESPOSA CUADRO DE 2 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AGITACION PSICOMOTORA, ASOCIADO A INSOMNIO , HIPOREXIA. CONSUMO DESDE HACE 3 MESES POR FENTANYL SE INICIA MANEJO PARA TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO POR OPIOIDES. CABEZA Y CUELLO: ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO MOVIL, NO MASAS NI MEGALIAS. TORAX: NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN: BLANDO, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN. RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIN EDEMA, LLENAD CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS, LESIONES PUNTIFORMES EN DORSO DE PALMAS DE MANOS. NEUROLÓGICO: SIN DEFICIT MOTOR O NEUROLÓGICO APARTE.					
Signos Vitales	TA: 121/76	FC: 130 x Min	FR: 18 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 65,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	NO					
Ginecobstétricos:	G: 0	P: 0	A: 0	C: 0	Edad Gestante: 0	FCF: 0
					Sem	Alt Uterina: 0
	<input type="checkbox"/> Actividad Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran					

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

PACIENTE CON TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTO INDUCIDO POR OPIOIDES (FENTANYL IV), SE INICIÓ MANEJO CON METADONA SIN EMBARGO, POR FALTA DE SUMINISTRO SE REALIZA CAMBIO A LEVOMEPRIMAZINA 25 MG / 8 HORAS.

MOTIVO REFERENCIA

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 1. Servicio no ofertado <input type="checkbox"/> | 3. Falta de Insumos <input type="checkbox"/> | 5. Falta de Camas <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia Sanitaria <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de Convenio <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia de Profesional <input type="checkbox"/> | 4. Falta de Equipos <input type="checkbox"/> | 6. Cese de Actividades <input type="checkbox"/> | 8. Requiere manejo otro nivel <input type="checkbox"/> | 10. Devolucion Injustificada <input type="checkbox"/> |
| 11. Otro: <input type="checkbox"/> | Falta_Cama_IPS_Remite | | | |

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA DIA MES AÑO Hora Militar: Funcionario de Contacto Cargo: Punto de destino final:



Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico MUÑOZ CHILITO DOUMER ADRIAN

Registro 80076139

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.031.155.632**

YASO DUARTE

APELLIDOS

CRISTIAN STIVEN

NOMBRES

Cristian Yaso

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **19-JUN-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70
ESTATURA

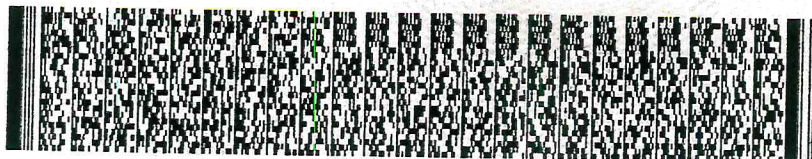
O+
G.S. RH

M
SEXO

13-SEP-2012 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



A-1500150-00638137-M-1031155632-20141111

0040960846A 2

1543080280