

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

**Fecha:** 2018/08/15    **Hora:** 17:21

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A.				<b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/> 890703630	<b>-7</b>	
				<b>CC</b> <input type="checkbox"/>	<b>DV</b>	
<b>Código</b>	730010105001		<b>Dirección Prestador:</b>	CRA. 1 NO. 12-22		
<b>Teléfono</b>	8	2708000				
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	TOLIMA	73	<b>Municipio:</b> IBAGUE 001

**DATOS DEL PACIENTE**

ROSARIO		MARTINEZ		YOJHAN		NOLBERTO	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1104937474	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		<b>Número documento de Identificación</b>	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 2005-05-20	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			CALL 92 N 3 67 BARRIO JARDIN ATOLSURE				<b>Teléfono:</b> 3204660920
<b>Departamento:</b>		TOLIMA		73	<b>Municipio:</b> IBAGUE		73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			NUEVA EPS S.A.		<b>Código:</b>	EPS037	

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

NO TIENE		NO TIENE		YOJHAN		NOLBERTO ROSARIO MARTINEZ	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1104937474	
<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		<b>Número Documento Identificación</b>	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			CALL 92 N 3 67 BARRIO JARDIN ATOLSURE				<b>Teléfono:</b> 3204660920
<b>Departamento:</b>					<b>Municipio:</b>		

**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

<b>Nombre</b>	JAVIER AUGUSTO USECHE POLANIA			<b>Teléfono:</b>	098	2708000	
				<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Extensión</b>	
<b>Servicio que solicita la referencia</b>		Urgencias MEDICINA GENERAL			<b>Teléfono Celular</b>		
<b>Servicio para el cual se solicita la referencia</b>		Urgencias PSIQUIATRIA					

**INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE**

**Anamnesis:**

TIENE MUCHA ANSIEDAD DE CONSUMIR DROGAS

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

**Fecha:** 2018/08/15    **Hora:** 17:21

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A.				<b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/>	890703630		-7
				<b>CC</b> <input type="checkbox"/>			DV
<b>Código</b>	730010105001		<b>Dirección Prestador:</b>	CRA. 1 NO. 12-22			
<b>Teléfono</b>	8	2708000					
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	TOLIMA	73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE 001

**DATOS DEL PACIENTE**

ROSARIO		MARTINEZ		YOJHAN		NOLBERTO	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1104937474			
				<b>Número documento de Identificación</b>			
				<b>Fecha de Nacimiento:</b> 2005-05-20			
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			CALL 92 N 3 67 BARRIO JARDIN ATOLSURE			<b>Teléfono:</b>	3204660920
<b>Departamento:</b>	TOLIMA			73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE	73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>	EPS037

**Examen Físico:**

ABDOMEN  
ABDOMEN: Normal  
ASPECTO GENERAL  
ASPECTO: Normal  
ORL/SENTIDOS: Normal  
PIEL Y ANEXOS: Normal  
CUELLO  
CABEZA-CUELLO: Normal  
MIEMBROS  
EXTREMIDADES: Normal  
NEUROLOGICO  
NEUROLOGICO: Anormal, GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, SIN DÉFICIT EN PARES CRANEALES, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA, ROT (++)/++++) EN 4 EXTREMIDADES, HOFFMAN Y BABINSKI (-), SIN SIGNOS MENÍNGEOS.  
EXAMEN MENTAL: COMPLACIENTE, PORTE ADECUADO PARA LA OCASIÓN, EUPROSÉXICO, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, EULÁLICO, AFECTO MODULADO DE FONDO ANSIOSO, EUPSÍQUICO, SIN ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCIÓN, INTROSPECCIÓN ACEPTABLE, PROSPECCIÓN EN CONSTRUCCIÓN, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADO.  
TORAX  
TORAX: Normal

**Resumen de la Evolución:**

EVOLUCIÓN  
  
Fecha: 15/08/2018 17:16  
Subjetivo, objetivo y análisis: PACIENTE REFIERE PERSISTENCIA DE ANSIEDA, NIEGA DISNEA, AMREO O CEFALEA.  
Plan de manejo: PACIENTE ES VALORADO POR PSICOLOGÍA QUE INDICA SÍ ES NECESARIO DEJAR EN OBSERVACIÓN PARA INCIAR LA REMISIÓN A PSIQUIATRÍA PARA MAEJO DE ABSTINENCIA, SE DEJA CON MANEJO ANSIOLÍTICO, SE SOLICITA CH, AZOADOS, PARCIAL DE ORINA+GRAM, SEROLOGÍA Y GLICEMIA COMO ESTUDIOS DE EXTENSIÓN. SE EXPLICA CONDUCTA A FAMILIAR Y A PACIENTE QUE REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

**Diagnóstico:**

F123 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: ESTADO DE ABSTINENCIA Estado: Confirmado  
Nuevo Tipo: Principal

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

**Fecha:** 2018/08/15    **Hora:** 17:21

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A.				<b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/>	890703630		-7
				<b>CC</b> <input type="checkbox"/>			DV
<b>Código</b>	730010105001		<b>Dirección Prestador:</b>	CRA. 1 NO. 12-22			
<b>Teléfono</b>	8	2708000					
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	TOLIMA	73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE 001

**DATOS DEL PACIENTE**

ROSARIO		MARTINEZ		YOJHAN		NOLBERTO	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
						1104937474	
						<b>Número documento de Identificación</b>	
						<b>Fecha de Nacimiento:</b> 2005-05-20	
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			CALL 92 N 3 67 BARRIO JARDIN ATOLSURE				<b>Teléfono:</b> 3204660920
<b>Departamento:</b>	TOLIMA			73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE	73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>	EPS037

**Motivos de remisión:**

REFERENCIA  
PACIENTE CON INICIO DE OCNSUMO DE CANNABINOIDES DESDE HACE 1 MES Y MEDIO QUE CESA POR EMDIDAS DE PRESIÓN DE SU MADRE HACE 1 MES PERO INICIA SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, IRRITABILIDAD Y HETEROAGRESIVIDAD POR LO CUAL REQUIERE VALORACIÓN Y MANEJO INTERGAL POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA. POR LO CUAL PACIENTE REFIERE QUIERE DEJAR CONSUMO, SE INICIA REMISIÓN ALNO CONTAR CON AL ESPECIALDIAD

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Registro:** 1106396939