

SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS			
 E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ	CODIGO	2.5.6.P01 F01	<b>REMISIÓN DE PACIENTES</b> <b>(Contingencia)</b>
	VERSION	1	
	FECHA	Nov. 23 de 2017	
	TIPO	FORMATO	
	PROCESO	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	
USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ			

## A. IDENTIFICACIÓN DE INSTITUCIONES

DE: HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ	A:
<input checked="" type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Sucre <input type="checkbox"/> La Victoria <input type="checkbox"/> Polo	

## B. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES	No HISTORIA CLÍNICA
GONZALEZ		PALACIOS		AURA MARIA	35402613
EDAD			SEXO	RESIDENCIA (Dirección, localidad, municipio, sección del país)	
AÑOS	MESES	DIAS	FEMENINO	ACTUAL	HABITUAL
60				CHIQUINQUIRA	
ENTIDAD		REGIMEN		RESPONSABLE DEL PACIENTE	
NUEVA EPS		<input type="checkbox"/> Con <input checked="" type="checkbox"/> Sub <input type="checkbox"/> Part <input type="checkbox"/> Otro		NOMBRE	REL/PARENTESCO
				JORGE ARMANDO PACHON	ESPOSO
					TELÉFONO
					3124018518

## C. SOLICITUD DE ATENCIÓN

FECHA DE REMISIÓN			MÉDICO QUE REMITE	ESPECIALIDAD	SERVICIO AL CUAL REMITE
DIA	MES	AÑO	SANDRA VIVIANA PULIDO VECINO	PSQUIATRIA	
5	10	2018			

## D. ORDENAMIENTO

<b>1. RESUMEN DE HISTORIA CLINICA DE INGRESO (anamnesis, antecedentes relevantes, examen físico, diagnóstico y tratamiento)</b>
MOTIVO DE CONSULTA: 2 ME MANDARON DE CONSULTA EXTERNA"
ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS DE EDAD QUIEN EL DÍA DE HOY ASISTE A CITA CONTROL POR PSIQUIATRÍA Y ES REMITIDA POR DR. OSCAR RUSINQUE GÓMEZ POR QUE DURANTE CONSULTA PACIENTE PRESENTA ANSIEDAD, TRISTEZA LLANTO INSOMNIO GLOBAL, IDEAS DE MUERTE Y MINUSVALIA, PERDIDA DE PESO, ANOREXIA, AISLAMIENTO, ADEMÁS DEPENDE DEL TRAMADOL HASTA 40 GOTAS AL DÍA Y CUANDO NO LAS TOMA REFIERE SENSACIÓN DE DESESPERO Y MUERTE, Y REFIRIÓ HA INTENTADO SUICIDARSE CON OBJETOS CORTOPUNZANTES, POR LO CUAL CONSIDERA DEBE SER HOSPITALIZADA Y REMITIDA PARA MANEJO POR PSIQUIATRÍA, CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIOS DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS, TRASTORNO DE ADAPTACIÓN Y TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE OPIÁCEOS: SÍNDROME DE DEPENDENCIA
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS: HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DEGENERACIÓN MACULAR, ARTROSIS DE LA CADERA. GASTRITIS. FARMACOLÓGICOS: LOSARTAN TAB 50 MG C/12, HIDRICLOROTIAZIDA, ASA, HALOPERIDOL FLUOXETINA, CLONZEPAM, TRAZADONA QUIRÚRGICO: NIEGA ALÉRGICOS: NIEGA



SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS			
 E.S.E. HOSPITAL REGIONAL DE <b>CHIQUEINQUIRA</b>	CODIGO	2.5.6.P01 F01	<b>REMISIÓN DE PACIENTES</b> <b>(Contingencia)</b>
	VERSION	1	
	FECHA	Nov. 23 de 2017	
	TIPO	FORMATO	
	PROCESO	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	
USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUEINQUIRÁ			

EXAMEN FÍSICO

TA: 132/66 MMHG FC:63 MIN FR: 21 MIN SAT:93%

CABEZA: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA

TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICO SIN SOPLOS, PULMONES BIEN VENTILADOS SIN SOBREGREGADOS

ABDOMEN PERISTALSIS POSITIVA, NO DOLOR A LA PALPACIÓN NO IRRITACIÓN PERITONEAL, EXTREMIDADES EUTRÓFICAS SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR 2 SEGUNDOS. NO SIGNOS DE QUEMADURA

NEUROLÓGICA ALERTA, ORIENTADA, NO DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, FUERZA EN 4 EXTREMIDADES NORMAL. SENSIBILIDAD CONSERVADA.

4. DIAGNÓSTICO	CIE10
1. TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	
2. TRASTORNO DE ADAPTACION	
3. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE OPIACEOS: SINDROME DE DEPENDENCIA	
4. HIPERTENSION ARTERIAL	
5. ARTROSIS DE CADERA	



**SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS**

CODIGO	2.5.6.P01 F01
VERSION	1
FECHA	Nov. 23 de 2017
TIPO	FORMATO
PROCESO	REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

**REMISIÓN DE PACIENTES  
(Contingencia)**

USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ

**6. TRATAMIENTO ACTUAL**

1. LOSARTAN TAB 50 MG VO C/12 HORAS
2. FLUXETINA TAB 20 MG UNA CON EL DESAYUNO Y UNA EN EL ALMUERZO
3. TRAZADONA CLORHIDRATO TAB 50 MG , 2 TAB VO EN LA NOCHE
4. CLONAZEPAM TAB 2 MG, UNA TAB VO C/12
6. ACIDO ACETIL SALICILICO TAB 100 MG VO DIA
7. HIDROCLOROTIAZIDA TAB 25 MG VO DIA

**7. MOTIVO DE REMISIÓN**

PACIENTE FEMENINA DE 60 AÑOS DE EDAD QUIEN EL DÍA DE HOY ASISTE A CITA CONTROL POR PSIQUIATRÍA Y ES REMITIDA POR DR. OSCAR RUSINQUE GÓMEZ POR QUE DURANTE CONSULTA PACIENTE PRESENTA ANSIEDAD, TRISTEZA LLANTO INSOMNIO GLOBAL, IDEAS DE MUERTE Y MINUSVALIA, PERDIDA DE PESO, ANOREXIA, AISLAMIENTO, ADEMÁS DEPENDE DEL TRAMADOL HASTA 40 GOTAS AL DÍA Y CUANDO NO LAS TOMA REFIERE SENSACIÓN DE DESESPERO Y MUERTE, Y REFIRIÓ HA INTENTADO SUICIDARSE CON OBJETOS CORTOPUNZANTES, POR LO CUAL CONSIDERA DEBE SER HOSPITALIZADA Y REMITIDA PARA MANEJO POR PSIQUIATRÍA, CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIOS DEPRESIVO GRAVE SIN SÍNTOMAS PSICÓTICOS, TRASTORNO DE ADAPTACIÓN Y TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO AL USO DE OPIÁCEOS: SÍNDROME DE DEPENDENCIA, EN EL MOMENTO PACIENTE CÍNICAMENTE ESTABLE AFEBRIL, HIDRATADA SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA CIFRAS TENSIONALES NORMALES, CON LLANTO FÁCIL IDEAS DE MUERTE Y MINUSVALIA, REFIERE QUE NECESITA L TRAMADOL, POR LO CUAL SE INICIAN TRAMITES DE REMISIÓN PARA MANEJO POR PSIQUIATRIA, SE EXPLICA A FAMILIAR Y PACIENTE QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR

**8. RESPONSABLE**


Firma  
Nombre  
R.M. No.



SISTEMA OBLIGATORIO DE GARANTIA DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD DEL SGSSS			
	CÓDIGO:	2.6.9.01 P01 F01	
	VERSION:	1	
	FECHA	Jul. 21 de 2017	
	TIPO	FORMATO	
	PROCESO	APOYO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y ASISTENCIAL	
HISTORIA CLINICA PLAN DE CONTINGENCIA (otorgado en cumplimiento de la Ley 23 de 1981)			
USO DE LA ESE HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRÁ			

NOMBRE DEL PACIENTE	AURA MARIA GONZALEZ PALACIOS		
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	35402613		
EPS	NUEVA EPS	NUMERO ATENCIÓN:	21643115
FECHA	05/10/2018	HORA:	20+00

SS AMBULANCIA BÁSICA PARA TRASLADO DE PACIENTE

  
 Dra. Sandra  
 CC 1.018.474.517  
 Médico General

ITEM	ELABORÓ	REVISÓ	APROBÓ
Nombre	Stevenson Ortiz Gutiérrez		
Cargo	Profesional y Apoyo Gestión como Médico General		
Fecha	21 de Julio de 2017		