

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

298978

Fecha de radicación de la Referencia

27/10/2018 05:22:37

Hora de radicación de la Referencia

5:22:37 a. m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	3
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	
1. Electiva <input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>	3. Urgente <input type="checkbox"/>	4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	MARIA JENNIFER PARRA ARAGON	Identificación:	1054549973	1054549973	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento :	30/05/89 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	29 Años \ 4 Meses \ 28 Días	AREA DE SERVICIO	ISCU02	INGRESO
Dirección:	CARRERA 4 A N 52 A 53 S	Teléfono:	3209306481	Localidad	LOC. KENNEDY	

CC Cedula de Ciudadania RC Registro Civil MSI Menor sin Edintificación 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:	DANIEL MUÑOZ	Teléfono Resp:	3209306481
Dirección Resp:	SIN DATOS		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:					
Entidad Administradora	RC056 - NUEVA EPS-C	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE, CON SINTOMAS PSICOTICOS	F333

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA	38274	1SC - UMHS SANTA CLARA	2	F	B	0	2
--	-------	------------------------	---	---	---	---	---

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	HORA E ATENCION 10+20 " TRASLADO PRIMRIO "					
	PACIENTE QUE INGRESA EN AMBULANCIA MOVIL 6207 A CARGO DE ALFONSO BARRIOS QUIEN REFIERE 3 HORAS DE CONSUMO DE 5 GR DE ACETAMINOFEN Y 5 GR DE CEFALEXINA CON FINES SUICIDAS, ADICIONALMNETE SE REALIZA CON OBJETO CORTANTES LACERACIOENS EN MUÑECA , PAICNETE POCOC COLABORADORA , NO RESPONDE AL INTERROGATORIO , INGRESA EN COMPAÑIA DE SU ESPOSO QUEI REFIERE QUE LAS CONDUCTAS SON SECUNADRIOS A DISCUSION FAMILIAR Y A PROBLEMAS DE PAREJA , PAICNETE INRGESA CON ESTBAIDLAI CLINICIA Y HEMDOIANMCIA					
Examen Físico:	HERIDA TIPO EXCORIACION EN ANTEBRAZO IZQUIERDO					
Signos Vitales	TA: 120/75	FC: 75 x Min	FR: 14 x Min	GlasGow: 15	TC: 0.0000	Peso: 60.0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

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

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE CON CUADRO DE 20 DÍAS DE EVOLUCION DE AFCETO DEPRESIVO, AISLAMIENTO, IDEAS DE REFERENCIA, INSOMNIO, LLANTO, DIFICULTADES DE SUEÑO, EL DÍA DE HOY INTENTO DE SUICIDIO POR MEDIO DE INTOXICACION EXÓGENA POR MEDIO DE LA INGESTA DE ACETAMINOFEN Y CEFALEXINA.
-------------------------------	---

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7.Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐
2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐
11. Otro: ☐ 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 FERNANDEZ ROA SAUL DARIO
Registro 79521706

No de Planilla
No de Solicitud 299100
Fecha de radicacion de la Referencia 27/10/2018 11:46:35
Hora de radicacion de la Referencia 11:46:35 a. m.

Tipo Usuario Ambulatorio
Tipo Remisión 4
1. Ambulatorio 2. En Urgencias 3. Hospitalización 4. Hospitalización

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente: MARIA JENNIFER PARRA ARAGON
Identificación: 1054549973
Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento: 30/05/89 12:00:00 a. m.
Edad Actual: 29 Años \ 4 Meses \ 28 Días
AREA DE SERVICIO ISCU02
INGRESO 3567142
Dirección: CARRERA 4 A N 52 A 53 S
Teléfono: 3209306481
Localidad: LOC. KENNEDY
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)
Responsable: DANIEL MUÑOZ
Teléfono Resp: 3209306481
Dirección Resp: SIN DATOS

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente: Contributivo
Nivel SocioEconómico: 0
SISBEN Nivel SocioEconómico: 0
Entidad Administradora RC056 - NUEVA EPS-C
I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE, CON SINTOMAS PSICOTICOS F333

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL
INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA 38271 1SC - UMHES SANTA CLARA 2 F B 0 2
UNIDAD DE SALUD MENTAL ALTA COMPLEJIDAD
NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: II NIVEL: III NIVEL:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis
HORA E ATENCION 10+20
" TRASLADO PRIMRIO "
PACIENTE QUE INGRESA EN AMBULANCIA MOVIL 6207 A CARGO DE ALFONSO BARRIOS QUIEN REFIERE 3 HORAS DE CONSUMO DE 5 GR DE ACETAMINOFEN Y 5 GR DE CEFALEXINA CON FINES SUICIDAS, ADICIONALMNETE SE REALIZA CON OBJETO CORTANTES LACERACIOENS EN MUÑECA , PAICNETE POCOC COLABORADORA , NO RESPONDE AL INTERROGATORIO , INGRESA EN COMPAÑIA DE SU ESPOSO QUEI REFIERE QUE LAS CONDUCTAS SON SECUNADRIOS A DISCUSION FAMILIAR Y A PROBLEMAS DE PAREJA , PAICNETE INRGESA CON ESTBAIDLAI D CLINCIA Y HEMDOIANMCIA
Examen Físico: SIN HALAZGOS POSITIVOS
Signos Vitales
TA: 120/75 | FC: 75 x Min | FR: 14 x Min | GlasGow: 15 TC: 0.0000 | Peso: 60.0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:
Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 FCF: 0 | Alt Uterina: 0
Actividad Uteri Actividad Uterina Regula Aminorrea Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES
PACIETE DFMENINO, ADULTO JOVEN, SIN ANTECEDNETE APARENTE DE ENFERMEDAD MENTAL, CON CUADRO AGUDO DE ALTERACION EN EL HUMOR Y REALZACION DE CONSDUCTA AUTOLESIVA CON FINES SUICIDAS. A LA VALORACION CON SIGNOS Y SINOTMAS COMPATOBLES CON UN TRATONO DEPRSIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE, SIN CRITICA DE LO OCURRIDO, CON PERSISTENCIA DE DESESPERANZA, EN QUEIN SE ECVIDNECIA ESTRESORES FAMILIARES Y SOCIALES, ADEMAS DE PRESENTAR MULTIPLES FACTOFRES DE RIESGO, RAZON POR LA CUAL SE INDICA, POSTERIOR A ESTABULZIACION, MANEJO INTRAMURAL EN UNDIAD DE SALUD MENTAL, PARA ESTABILZACION DE CUADRO, CONTECION AMBIENTAL, INCIO DE TRATRAMIENTO PSICFARMAOCOGICO Y PSICOTERAPEUTICO. SE EXPLIC PLAN

MOTIVO REFERENCIA
1.Servicio no ofertado 3. Falta de Insumos 5. Falta de Camas 7.Emergencia Sanitaria 9. Ausencia de Convenio

2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐
11. Otro: ☐ 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 Pofesional que Realiza la Referencia
Medico MIRANDA JIMENEZ RAFAEL JOSE
Registro 84451899