

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/12/08 **Hora:** 11:58

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

DATOS DEL PACIENTE

BARON		PERDOMO		JESUS		DAVID ALEJANDRO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1110572460	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1996-07-08	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			CL 27 N 7 18 BELALCAZAR				Teléfono: 2763138
Departamento:	TOLIMA			73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS S.A.		Código:	EPS037	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		JESUS		DAVID ALEJANDRO BARON PERDO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1110572460	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número Documento Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			CL 27 N 7 18 BELALCAZAR				Teléfono: 2763138
Departamento:					Municipio:		

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	ANGELA MARCELA LASSO BASTIDAS			Teléfono:			
				Indicativo	Número	Extensión	
Servicio que solicita la referencia		Urgencias MEDICINA GENERAL			Teléfono Celular		
Servicio para el cual se solicita la referencia		Urgencias PSIQUIATRIA					

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

Esta delirando

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/12/08 **Hora:** 11:58

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

DATOS DEL PACIENTE

BARON		PERDOMO		JESUS		DAVID ALEJANDRO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1110572460			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1996-07-08			
Dirección de la Residencia Habitual:			CL 27 N 7 18 BELALCAZAR			Teléfono:	2763138
Departamento:	TOLIMA			73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS S.A.			Código:	EPS037

Examen Físico:

ABDOMEN
ABDOMEN: Normal, blando, depresible, al parecer no doloroso, no irritación peritoneal

ASPECTO GENERAL
ASPECTO: Normal, Estable, mucosa oral semiseca, afebril, ansioso, con ideas delirantes

MIEMBROS
EXTREMIDADES: Normal, No edemas

NEUROLÓGICO
NEUROLÓGICO: Anormal, Alerta, sin aparente focalización, al examen mental, con descuido en su presentación personal, ingresa ansioso con la ropa sucia, no abre los ojos, con sonidos constantes, inspiración permanente, golpea la mesa del consultorio, refiere que quiere salvar a todos, el puede ver todo, me llaman y no hablan, yo soy todo, un gato, un buho, yo puede resucitarlos

TORAX
TORAX: Normal, rscrs no soplos, mv conservado, no agregados, no sdr

Diagnóstico:

F198 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS: OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Estado: En Estudio Tipo: Relacionado
F233 OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Principal

Motivos de remisión:

REFERENCIA
Paciente con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, según refiere familiar consumo de boxeo y bazuco, es traído por familiar, por cuadro clínico de 8 días de evolución de ideas delirantes y de persecución, con alteraciones en la sensorio-percepción, refiere que lo quieren matar, que se transporta por el tiempo, puede atravesar los espejos, insomnio de conciliación y reconciliación, conductas heteroagresivas, busca cuchillos para defenderse, no manejo por lo cual consulta. Al examen mental, con descuido en su presentación personal, ingresa ansioso con la ropa sucia, no abre los ojos, con sonidos constantes, inspiración permanente, golpea la mesa del consultorio, refiere que quiere salvar a todos, el puede ver todo, me llaman y no hablan, yo soy todo, un gato, un buho, yo puede resucitarlos, paciente quien requiere valoración y manejo integral por psiquiatría, dado a que no contamos con la especialidad se inicia trámite de remisión

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma: _____ **Registro:** 1110462412