 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES		CÓDIGO: MI-SC-F-168-01
			VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS		PÁGINA : 1 DE 2
			FECHA : 15/11/2017

Número de Planilla	Fecha de Referencia /Hora	ACTUALIZACIÓN	
		Fecha / Hora	

Tipo de Usuario				Tipo de Atención			
1. Ambulatorio	2. Urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Hospitalización		1. Electiva	2. E. Prioritaria	3. Urgente	4. Hospitalización

Identificación del Paciente			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
DIANA	JUDITH	MACIAS	VIRGUEZ

EDAD				SEXO		F. Nacimiento		Documento No.	1023953378	Tipo	
21	AñosX	Meses	Días	MX	F	Dirección de Residencia					

Barrio		Localidad	ENGATIVA	Teléfono	
Persona Responsable del Paciente					

Nombre	MADRE				
Dirección				Teléfono	

Afiliación SGSSS											
Subsidiado		Clasf. Socioeco.		Nivel de SISBEN	1	2	3	4	5	6	Población Especial
Contributivo	<input checked="" type="checkbox"/>	Particular		No Ficha							I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección
Entidad Administradora	SANITAS EPS			Otro Régimen				G. Indigente D. Desplazado O. Otro			

Solicitud de referencia											
Fecha	Día	09	Me	7	Año	2018	Hora		AM	PM	Edad Gestacional (sem)

Identificación de Instituciones											
Nombre de Procedimiento Solicitado	Código del Servicio Solicitado		Nombre Punto de Atención Destino Inicial		Bodigo Punto de Atención Destino Inicial		Nombre punto de atención Destino Final		Código Punto de Atención Destino Final		
HOSPITALIACION EN USM	1	2	7	1							
				0							

Anamnesis	
PACIENTE DE 21 AÑOS CON SINTOMAS DEPRESIVOS GRAVES SIN PSICOSIS CON 2 GESTOS SUICIDAS, ULTIMO HACE 15 DIAS, VICTIMA DE MALTRATO EMOCIONAL Y FISICO POR PARTE DEL PADRE DEL HIJO DE 4 MESES CON EL QUE CONVIVE, PRESENTA ALTO RIESGO DE AUTO LESION POR LO QUE REQUIERE HOSPITALIZACION EN UNIDAD MENTAL	

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES	CÓDIGO: MI-SC-F-168-01
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	VERSIÓN :1
		PÁGINA : 2 DE 2
		FECHA : 15/11/2017

--

Examen físico	
REALIZADO POR MEDICINA GENERAL	

Resultados de Exámenes Diagnósticos	

Nombre del Diagnostico	Código de Dx			
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN PSICOSIS	F	3	2	2
ALTO RIESGO DE AUTO AGRESION				

Tratamiento /Complicaciones	

Motivo de Referencia				
Servicio no Ofertado	Falta de insumos	Falta De Camas	Emergencia Sanitaria	
Ausencia de Profesional	Falta de equipos	Cese de Actividades	Otro	

Dr. Marina Martínez Gil Médico Psiquiatra UNAL No. M. 251 562 250 C.G. 512	Profesional que realiza la remisión / R.M.	Institución / Profesional que acepta la remisión	Fecha /Hora
---	--	--	-------------

CANCELACIÓN DE LA REMISIÓN			
Fecha y Hora		Profesional que Cancela	
Motivo de Cancelación			

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1023953378	
Paciente: DIANA JUDITH MACIAS VIRGUEZ	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 05/08/1996	
Edad y género: 21 Años, FEMENINO	
Identificador único: 458295-1	Responsable: SANITAS EPS S.A.- ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - REGI
Ubicación: 1EN-OBSERVACIÓN TRANSITO	Cama:
Servicio: Urgencias	

NOTAS MÉDICAS

Neurológico : ALERTA, ORIENTADA, EUPROSEXICA, AFECTO TRISTE Y ANSIOSO, CON LLANTO FACIL, NO HAY EVIDENCIA DE ACTIVIDAD ALUCINATORIA, PENSAMIENTO CON IDEAS DE MINUSVALIA, DESESPERANZA, CULPA, GRAN TEMOR DE PERDER LA CUSTODIA DEL HIJO, EN EL MOMENTO SIN IDEAS DE SUICIDIO O DE MUERTE, NO HAY IDEAS FILICIDAS, NORMOCINETICA, HIPOBULICA, INSOMNIO DE DESPERTAR INTERMITENTE, APETITO CONSERVADO, INTROSPECCION Y PROSPECCION POBRES, JUICIO DE REALIDAD DISTORSIONADO POR EL AFECTO

Sin resultados nuevos

Análisis clínico y Objetivos Terapéuticos: PACIENTE CON SINTOMAS DEPRESIVOS ASOCIADOS A ANSIEDAD RELACIONADOS CON MALTRATO EMOCIONAL Y FISICO QUE PONEN EN RIESGO A LA PACIENTE POR PRESENTAR 2 GESTOS SUICIDAS PREVIOS. SE CONSIDERA NECESARIA LA INTERVENCION DE PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL PARA HACER EVALUACION Y REPORTAR CASO A ICBF PARA DAR SOPORTE A LA PACIENTE Y QUE NO VEA AMENAZADA LA CUSTODIA DEL HIJO. SE REALIZARA REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL DE EPS PARA INICIAR TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y DISMINUIR EL RIESGO DE SUICIDIO

Diagnósticos activos después de la nota: N938 - OTRAS HEMORRAGIAS UTERINAS O VAGINALES ANORMALES ESPECIFICADAS (En Estudio), F321 - EPISODIO DEPRESIVO MODERADO (En Estudio), F322 - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS (En Estudio).

EVALUACIÓN MENTAL

Justificación para que el paciente continúe hospitalizado: PACIENTE QUE DEBE SER HOSPITALIZADA EN UNIDAD DE SALUD MENTAL POR ALTO RIESGO DE AUTOAGRESION ASOCIADO A MALTRATO FISICO Y PSICOLOGICO POR EL PADRE DEL HIJO DE 4 MESES

Plan de manejo: 1. SERTRALINA TAB X 50 MG 1-0-0
 2. TRAZODONA TAB X 50 MG 0-0-1
 3. VALORACION DE PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL PARA ACTIVAR REDES INSTITUCIONALES DE APOYO
 4. SE REALIZARA FORMATO DE REFERENCIA A UNIDAD DE SALUD MENTAL
 5. REPORTAR CASO A ICBF.

Firmado Por: LUZMARINA MARTINEZ GIL, CONS PSIQUIATRIA, Registro 51562250, CC 51562250

ÓRDENES MÉDICAS

Interna/Hospitalización - INTERCONSULTAS

09/07/2018 17:48

INTERCONSULTA POR PSICOLOGIA - 890408-3

Interconsulta

Estado: ORDENADO

Interna/Hospitalización - INTERCONSULTAS

09/07/2018 17:48

INTERCONSULTA POR TRABAJO SOCIAL - 890409-3

Interconsulta

Estado: ORDENADO

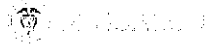
Interna/Hospitalización - MEDICAMENTOS

09/07/2018 17:49

SERTRALINA TAB 50MG-MD0676-2

1 TABLETAS, BUCAL, Cada 24 horas, por 7 DIAS

TOMAR 1 TABLETA DESPUES DEL DESAYUNO, NO SUSPENDER



ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1023953378
NOMBRES	DIANA JUDITH
APELLIDOS	MACIAS VIRGUEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
SUSPENDIDO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	06/07/2016	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 07/09/2018 18:35:14 | Estación de origen: 200.122.253.138

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)