



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

Fecha: 2 0 1 8 - 1 2 - 0 7 Hora: 1 9 : 5 8

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: H O S P I T A L R E G I O N A L D E M I R A F L O R E N I T X 8 0 0 1 5 2 9 7 0
 S B O Y E S E M E D I A N A C O M P L E J I D A D
 Código: 1 5 4 5 5 0 0 7 2 6 0 1 Dirección: C A L L E 2 N ° 1 0 - 1 4 f a c t u r a c i o
 Teléfono: 7330152-3143600439 Departamento: B O Y A C A 1 5 Municipio: M I R A F L O R E S 4 5 5

DATOS DEL PACIENTE

P A R R A N O T I E N E A N G E L I C A B R I Y I T H
 1er. Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte 1 0 4 9 6 2 9 1 8 6
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación Numero Documento de Identificación
☒ Cedula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cedula de Extranjería Fecha de Nacimiento 1 9 9 2 - 0 4 - 1 0

Dirección de Residencia Habitual B A R R I O E L P R O G R E S O F L O R M Teléfono: 3 1 4 6 8 8 3 3 4 2
 Departamento: B O Y A C A 1 5 Municipio: M I R A F L O R E S 4 5 5
 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO N U E V A E P S CODIGO: E P S 0 3 7

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er. Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación Numero Documento de Identificación
☐ Cedula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cedula de Extranjería

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:
 Departamento: Municipio:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: A N A M A R I A B A R R A G A N M A N T I L L A Teléfono:
 L A Indicativo Numero Extensión
 Servicio que solicita la referencia H O S P C I R U G I A Teléfono Celular
 Servicio para el cual se solicita la referencia P S I Q U I A T R I A

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnostico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión, al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD COGNITIVA LEVE Y MANEJADA CON FLUOXETINA NO ADHERENCIA A TRATAMIENTO.INGRESADA EN COMPAÑIA DE PERSONAL DE ICBF Y DE POLICIA DE INFANCIA Y ADOLESCENCIA DE MIRAFLORES PARA RESTABLECIMIENTO DE DERECHOS DE SU HIJA LA CUAL TIENE BAJO CUSTODIA POR SOSPECHA DE MALTRATO INFANTIL, RETIRAN A LA MENOR DE SU CUSTODIA Y SE ALTERA PSICOLOGICAMENTE, LLANTO FACIL, ASPECTO DESALINADO. EN EL SERVICIO DE URGENCIAS, SE EVIDENCIA INQUIETA, AFECTO LABIL. SE INDICA ADMINISTRACION DE HALOPERIDOL Y MIDAZOLAM INTRAMUSCULAR. SE SOLICITA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA.

Elaboró:

ANA MARIA BARRAGAN MANTILLA
 MEDICINA GENERAL