

 Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	<b>FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES</b>	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	
	25/VIII/2018	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 <input checked="" type="checkbox"/>

Identificación del Paciente			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
JORDAN	—	UNLUANDO	CEDELO

EDAD				SEXO		F. Nacimiento	Documento No.	Tipo
63	Años	Meses	Días	M	F	18/IX/54	15750-073	CC
						Dirección de Residencia		
Barrio				Localidad		Teléfono		

Persona Responsable del Paciente	
Nombre	
Dirección	
	Teléfono

Afiliación SGSSS	
Subsidiado	Clasf. Socioeco.
Contributivo	Particular
Nivel de SISBEN	
No Ficha	
Población Especial	
I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección	
Entidad Administradora	
SANTAS	
Otro Régimen	
G. Indigente D. Desplazado O. Otro	

Solicitud de referencia	
Fecha	Día
25	VIII
Año	18
Hora	
AM	PM
Edad Gestacional (sem)	

Identificación de Instituciones	
Nombre de Procedimiento Solicitado	Código del Servicio Solicitado
1720100000	
USA	
Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Bodigo Punto de Atención Destino Inicial
1-1. S. B	
Nombre punto de atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final

Anamnesis	PACIENTE QUIFOLUO DA SLO MAD DE NUN EL DA DA AYLA DE CULU FAY BARDONE, PRESUM DEICUO FU EL CU SUND DA SPA (COLUM, MIOU, RMOU, LMOU), CU CU DUEA DISCOUNU, DE MEO, LUBU FUUUN, DA NEGOUNU.
-----------	---





Hospital  
Simón Bolívar

# RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

Código: GCF-FO-027

## GESTIÓN CIENTÍFICA

Versión: 4



ALCALÁ JARAMAR  
HOSPITAL  
HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR  
II Nivel E.S.E.

FECHA				IDENTIFICACION			
25/11/18				C.E. T. PA. C.E. R.C. NUP. MS. AS. D. N° 14350.077			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		NOMBRES			
MURRAY		CEDIL		JORDI			
EDAD		SEXO		FECHA DE INGRESO		TIPO DE USUARIO	
AÑOS MESES DÍAS		F M		DÍA MES AÑO		Contributivo <input checked="" type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/> Subsidiado <input type="checkbox"/> Vinculado <input type="checkbox"/>	
63		X		25 11 18			

## RESUMEN DE HISTORIA CLINICA

### ENFERMEDAD ACTUAL

PACIENTE QUIEN HA SIDO DE ALTA EL DÍA DE AYER DE CLÍNICA ENMUERTE  
DEBIDO A UN INFRACCIÓN DEL CORAZÓN DE ALGUNAS CÉLULAS, BÚLCOS  
MÚLTIPLES, POR CÉLULAS DE ALGUNAS / DISORDINADAS, IDEAS NECROSISADAS  
Y CÉLULAS FRECUENTES.

### ANTECEDENTES

TUB. DISORDINADO DUE 35 DÍAS  
CÉLULO DE SPA

### DE LA EVOLUCION

CÉLULO

### DIAGNOSTICO

- TUB. EPISODIO 41x10 (F316)
- T. NUCLEO / DEL CONSUMO DE ALGUNAS CÉLULO DE SPA

### TRATAMIENTOS SUGERIDOS

- OLIVARIUM 3 SNC/10h
- OLIVARIUM 3 SNC/10h
- OLIVARIUM 3 SNC/10h
- OLIVARIUM 3 SNC/10h
- OLIVARIUM 3 SNC/10h

NOTA: EL CORRECTO DILIGENCIAMIENTO DEBE ESTAR EN CONCORDANCIA CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE SEGÚN LA LEY COLOMBIANA  
C.C. Cédula de Ciudadanía - T.I. Tarjeta de Identidad - PA. Pasaporte - C.E. Cédula de Extranjería - R.C. Registro Civil - NUP Número Único Identificación Personal - MS Menor sin Identificación - AS Adulto sin Identificación - D. Demora

Secretaría de Salud  
Subred Integrada de Servicios de Salud  
Norte E.S.E.

CONSULTA

DATOS DEL PACIENTE		
<b>Paciente:</b> MALDONADO CEDIEL, JORGE, Identificado(a) con CC-19250073		
<b>Edad y Género:</b> 63 Años, Masculino		
<b>Regimen/Tipo Paciente:</b> CONTRIBUTIVO/CONTRIBUTIVO	<b>Nombre de la Entidad:</b> SANITAS EPS S.A.-ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - REGIMEN CONTRIBUTIVO	
<b>Servicio/Ubicación:</b> Urgencias/1SB-CONSULTA MEDICA ADULTO URG	<b>Habitación:</b>	<b>Identificador Único:</b> 728172-2

**Diagnóstico:** F310: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO HIPOMANIACO PRESENTE

TRASLADOS			
Fecha de Inicio	Descripción	Especificaciones	Datos Clínicos / Justificación / Observaciones
25/08/2018 12:18	TRASLADO TERRESTRE BASICO DE PACIENTES, SECUNDARIO - S31302-3		Traslado ambulancia básica.

MEDICO QUE ORDENA

**Firmado Por:** GUSTAVO ADOLFO ZAMBRANO SANJUAN, CONS PSIQUIATRIA, CC: 7698175, Reg: 7698175

**Firmado Electrónicamente**

024-ADMON USS SIMONBOLIVAR  
Dirección: CLL 165 N° 7-06 -Telefono:3499080 BOGOTA - 57 - Web: