



Miercoles 6, Marzo, 2019

REMISION DE PACIENTE

Nro. Atencion 21722968

Fecha Ingreso 06/03/2019

Nro. Carnet

Nro. Remision	20001551	Fecha Remision	06/03/2019	Hora Remision	18:02
---------------	----------	----------------	------------	---------------	-------

IDENTIFICACION DE ENTIDADES

Entidad Remitente

151760095501 HOSPITAL REGIONAL DE CHIQUINQUIRA E.S.E.

PARA

EPS000 PARTICULAR

Ange Natalia Roncancio
cel 3213537070
7269

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Empresa

ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS

Nit.

830003564

Regimen

CONTRIBUTIVO

Nro. Historia

1056031116

Nro. Doc. Identidad

CC 1056031116

Nombre del Paciente: ERIK GERARDO RONCANCIO FRANCO

Fecha Nacimiento

31/12/1996

Lugar

TUNJA

Edad

22 A

Estado Civil

Soltero

Sexo

M

Tipo de Usuario

Particular

Estrato/Nivel

1

Ocupacion

Direccion

No es suministrada por el paciente CHIQUINQUIRA, BOSQUE

Telefono

3015042864

Nombre del Padre

Nombre de la Madre

Responsable del Paciente

Causa Externa

Enfermedad General

Autoriz/Poliza

Via de Ingreso

Hora Ingreso

Tipo Atencion

Urgencias

16:32

Urgencia

Atendido Por (Dr)

Especialidad Requerida

RAMIREZ NIÑO EDGAR DANIEL

Servicio al Cual se Remite

REMISION PARA MANEJO INTEGRAL POR PISQUIATRIA

Motivo de la Remisión:

MOTIVO DE CONSULTA: "ME SENTIA TRISTE Y ME QUERIA MORIR"

ENFERMEDAD ACTUAL: _ PACIENTE DE 22 AÑOS OCN CUADRO LCINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION

CONSISTENTE EN INGESTA INTENCIONAL DE 8 GRAMOS DE IBUPORFENO Y 140 MG DE FLUOXETINA.

INFORMA PACIENTE POSTERIORMENTE DECIDE INGRESAER A URGENCIAS NIEGA NAUSEAS, NIEGA EMESIS,

NIEGA SINTOMAS ADICIONALES.

Remitido Por:	Recibido Por	Fecha y Hora de Recibo
 Dr. Daniel Ramirez Niño 1.014.262.266 Médico Universidad Militar Nueva Granada		Transportado Por
Dr. RAMIREZ NIÑO EDGAR DANIEL C.C.1014262266	Firma y Sello	C.C.



Miercoles 6, Marzo, 2019

REMISION DE PACIENTE

Nro. Atencion 21722968

Fecha Ingreso 06/03/2019

Nro. Carnet

Nro. Remision	20001551	Fecha Remision	06/03/2019	Hora Remision	18:02
---------------	----------	----------------	------------	---------------	-------

OBJETIVO

EXAMEN FÍSICO

PACIENTE ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, CON SIGNOS VITALES DE:

T.A: 137/89 MMHG, FC: 78 LPM, FR: 18 RPM, T°: 36.0 °C SATO2: 91 % FIO2 21 %

CABEZA: PUPILAS NORMORREACTIVAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA.

CUELLO: MÓVIL, NO ADENOMEGALIAS, NO ADENOPATÍAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR NI DANZA CAROTÍDEA.

TÓRAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIBLE, CHOQUE DE PUNTA ENTRE CUARTO Y QUINTO ESPACIO INTERCOSTAL CON LÍNEA AXILAR ANTERIOR RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS; RUIDOS RESPIRATORIOS LARINGOTRAQUEAL BIEN TRANSMITIDOS, TRAQUEOBRONQUIALES SIN AGREGADOS, BRONQUIO-ALVEOLAR MURMULLO VESICULAR AUDIBLE

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO ADENOPATÍAS INGUINALES, NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES. PUÑO PERCUSIÓN NEGATIVO BILATERAL

EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS. LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES.

NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, ROT ++/++++, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, NI DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE.

EXAMEN MENTAL PAICENTE COLABORADOR EN COMPAÑIA DE PAREJA, REFIERE LLANTO FACIL, PENSAMIENTO LOGICO, COHERENTE, NIEGA ALUCINACIONES AUDITIVAS O VISUALES. REFIERE IDEACION SUICIDA, INFORMA HABERLO INTENTADO ANTES 2 VECES. INTROSPECCION DETERIORADA PROSPECCION NULA

PACIENTE DE 22 AÑOS OCN CUADRO CLINICO CONSISTENTE EN INGESTA VOLUNTARIA DE 8 GRAMOS DE IBUPROFENO, Y 140 MG DE FLUOXETINA. ENCONTRADO POR FAMILIAR QUIEN DECIDE INGRESAR AL SERVICIO DE URGENCIAS. AL INGRESO PAICNETE NIEGA SINTOMAS ADICIONALES. EN EL MOMENTO ALERTA HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL EXAMEN MENTAL CON EVIDENCIA DE LLANTO FACIL, CON PLANES A FUTURO NO CLAROS, REFIERE 2 INTENTOS PREVIOS SUICIDAS. INDICO LIQUIDOS ENDOVENOSOS, LAVADO GASTRICO, CARBON ACTIVADO. SOLICITO FUNCION HEPATICA, RENAL, HEMOGRAMA. VALORACION POR PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL. Y PSIQUIATRIA, DADO EN EL MOMENTO NO CUENTO CON PSIQUIATRIA INDICO REMISION PARA MANEJO INTEGRAL. EXPLICO A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

IDX

- " INTENTO DE SUICIDIO
- " TRASTORNO DEPRESIVO

Remitido Por:	Recibido Por	Fecha y Hora de Recibo
 Dr. RAMIREZ NIÑO EDGAR DANIEL C.C.1014262266	Firma y Sello	Transportado Por
		C.C.

Miercoles 6,Marzo,2019
REMISION DE PACIENTE

Nro.Atencion 21722968
Fecha Ingreso 06/03/2019
Nro.Carnet

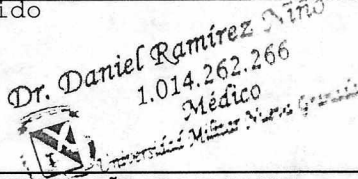
Nro.Remision	20001551	Fecha Remision	06/03/2019	Hora Remision	18:02
--------------	----------	----------------	------------	---------------	-------

PLAN

- " MONIUTORIZACION EN SALA DE PROCEDIMIENTOS
- " OXIGENO POR CANULA NASAL SI SATURACION MENOR A 90%
- " NADA VIA ORAL
- " LACTATO RINGER BOLSA DE 500 CC PASAR BOLO DE 1000 CC AHORA CONTINIAR A 100 CC HORA IV
- " SE INDICA PASO DE SONDA NASOGASTRICA PARA LAVADO GASTRIOC PASAR 1500 CC SOLUCION

SALINA

- " CARBON ACTIVADO SOBRE, DMINISTRAR POR SONDA NASOGASTRICA 60 GRAMOS. AHORA
- " MIDAZOLAM AMPOLLA 15 MG ADMINISTRAR 5 MG IV EN CASO DE AGITACION PSICOMOTORA
- " INMOVILIZACION EN CUATRO PUNTOS EN CASO DE AGITACION PSICOMOTORA
- " ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE
- " SE SOLCIITAN PARACLINICOS
- " CONTROL DE SIGNOS VITALES AVISAR CAMBIOS
- " SE SOLICITA VALORACION POR PSICOLOGIA
- " SE SOLCIITA VALORACION POR TRABAJO SOCIAL
- " SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA
- " INICIO TRAMITE DE REMISION PARA MANEJO INTEGRAL POR PISQUIATRIA DADO NO DISPONIBILIDAD

Remitido Por:  Dr. RAMÍREZ NIÑO EDGAR DANIEL C.C.1014262266	Recibido Por	Fecha y Hora de Recibo
	Firma y Sello	Transportado Por C.C.



Nro. ATENCION 21722968
REGISTRO MEDICO 20635720
FECHA 06/03/2019

Página 1

ORDENES MEDICAS
DATOS DE IDENTIFICACION

Nro.Historia	Nombre Paciente	Nro.Identic.	Edad	Sexo
1056031116	ERIK GERARDO RONCANCIO FRANCO	CC1056031116	22 A	M
Dirección	CHIQUINQUIRA,, BOSQUE	Acudiente		
Empresa	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS	Fecha Ingreso	Hora Ingreso	Fecha Nacim.
		06/03/2019	17:42	31/12/1996
				Teléfono
				3015042864

FECHA/HORA DESCRIPCION**FIRMA PROFESIONAL**

06/03/2019 Ordenes y Recomendaciones : AMBULANCIA BASICA
13:57 REMISION PARA MANEJO INTEGRAL POR PISQUIATRIA DADO NO DISPONIBILIDAD

RAMIREZ NIÑO EDGAR DANIEL

Dr. Daniel Ramírez Niño
1.014.262.266
Médico
Universidad Militar Nueva Granada

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.056.031.116

RONCANCIO FRANCO

APELLIDOS

ERIK GERARDO

NOMBRES

Erik Roncancio
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-DIC-1996

TUNJA
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.75

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

15-ENE-2015 SABOYA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

Carlos Ariel Sánchez Torres
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES



P-0722600-00677798-M-1056031116-20150313

0043565964A 2 30130967

Datos básicos

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

1. INFORMACIÓN GENERAL

REG-R02.0000-001 V:07 AÑO 2018

1.1 Código de la UPGD				Razón social de la unidad primaria generadora del dato			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Hospital Regional de Chiquinquirá			
Departamento	Municipio	Código	Sub-Índice				
1.2 Nombre del evento				Código del evento		1.3 Fecha de la notificación (dd/mm/aaaa)	
Intento de Suicidio				<input type="text"/>		06/06/2019	

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

2.1 Tipo de documento		2.2 Número de identificación	
<input type="radio"/> RC <input type="radio"/> TI <input checked="" type="radio"/> CC <input type="radio"/> CE <input type="radio"/> PA <input type="radio"/> MS <input type="radio"/> AS		1056031116	
*RC : REGISTRO CIVIL TI : TARJETA IDENTIDAD CC : CÉDULA CIUDADANÍA CE : CÉDULA EXTRANJERÍA PA : PASAPORTE MS : MENOR SIN ID AS : ADULTO SIN ID			
2.3 Nombres y apellidos del paciente			
Erik Gerardo Roncancio Franco			
2.4 Teléfono	2.5 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	2.6 Edad	2.7 Unidad de medida de la edad
3015042864	31/12/1996	22	<input checked="" type="radio"/> 1. Años <input type="radio"/> 3. Días <input type="radio"/> 5. Minutos <input type="radio"/> 2. Meses <input type="radio"/> 4. Horas <input type="radio"/> 0. No aplica
2.8 Sexo			
<input checked="" type="radio"/> M. Masculino <input type="radio"/> I. Indeterminado <input type="radio"/> F. Femenino			
2.9 País de ocurrencia del caso		2.10 Departamento y municipio de procedencia/ocurrencia	
Colombia		Boyacá, Chiquinquirá	
2.11 Área de ocurrencia del caso			
<input checked="" type="radio"/> 1. Cabecera municipal <input type="radio"/> 3. Rural disperso <input type="radio"/> 2. Centro poblado			
2.12 Localidad de ocurrencia del caso		2.13 Barrio de ocurrencia del caso	
		El bosque	
2.14 Cabecera municipal/centro poblado/rural disperso		2.15 Vereda/zona	
Cabecera municipal			
2.16 Ocupación del paciente		2.17 Tipo de régimen en salud	
Técnico		<input type="radio"/> P. Excepción <input checked="" type="radio"/> C. Contributivo <input type="radio"/> N. No Asegurado <input type="radio"/> E. Especial <input type="radio"/> S. Subsidiado <input type="radio"/> I. Indeterminado/ pendiente	
2.18 Nombre de la administradora de Planes de beneficios			
Fomisonal			
2.19 Pertenencia étnica		2.20 Estrato	
<input type="radio"/> 1. Indígena <input type="radio"/> 2. Rom, Gitano <input type="radio"/> 3. Raizal <input type="radio"/> 4. Palenquero <input type="radio"/> 5. Negro, mulato afro colombiano <input checked="" type="radio"/> 6. Otro			
2.21 Seleccione los grupos poblacionales a los que pertenece el paciente			
<input type="checkbox"/> Discapacitados <input type="checkbox"/> Migrantes <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Sem. de gestación <input type="checkbox"/> Población infantil a cargo del ICBF <input type="checkbox"/> Desmovilizados <input type="checkbox"/> Víctimas de violencia armada <input type="checkbox"/> Desplazados <input type="checkbox"/> Carcelarios <input type="checkbox"/> Indigentes <input type="checkbox"/> Madres comunitarias <input type="checkbox"/> Centros psiquiátricos <input checked="" type="checkbox"/> Otros grupos poblacionales			

3. NOTIFICACIÓN

3.1 Fuente		3.2 Departamento y municipios de residencia del paciente	
<input checked="" type="radio"/> 1. Notificación rutinaria <input type="radio"/> 3. Vigilancia Intensificada <input type="radio"/> 5. Investigaciones <input type="radio"/> 2. Búsqueda activa Inst. <input type="radio"/> 4. Búsqueda activa com.		Código del municipio	
3.3 Dirección de residencia			
Calle 46 # 7-59 barrio el bosque Chiquinquirá			
3.4 Fecha de consulta (dd/mm/aaaa)	3.5 Fecha de inicio de síntomas (dd/mm/aaaa)	3.6 Clasificación inicial de caso	3.7 Hospitalizado
06/06/2019		<input checked="" type="radio"/> 1. Sospechoso <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 2. Probable <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico	<input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No
3.8 Fecha de hospitalización (dd/mm/aaaa)	3.9 Condición final	3.10 Fecha de defunción (dd/mm/aaaa)	3.11 Número certificado de defunción
	<input type="radio"/> 1. Vivo <input type="radio"/> 2. Muerto <input type="radio"/> 0. No sabe, no responde		
3.12 Causa básica de muerte	3.13 Nombre del profesional que diligenció la ficha		3.14 Teléfono

4. ESPACIO EXCLUSIVO PARA USO DE LOS ENTES TERRITORIALES

4.1 Seguimiento y clasificación final del caso		4.2 Fecha de ajuste (dd/mm/aaaa)	
<input type="radio"/> 0. No aplica <input type="radio"/> 4. Conf. Clínica <input type="radio"/> 6. Descartado <input type="radio"/> 7. Descartado por error de digitación <input type="radio"/> 3. Conf. por laboratorio <input type="radio"/> 5. Conf. nexa epidemiológico <input type="radio"/> 7. Otra actualización			
Correos: sivigila@ins.gov.co		Dr. Daniel Ramírez Niño 1.014.262.266 Médico Universidad Militar Nueva Granada	



Intoxicaciones por sustancias químicas Código INS: 365

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS

FOR-R02.0000-043 V:06 2018/02/02

A. Nombres y apellidos del paciente Erik Gerardo Roncero Franco	B. Tipo de ID* CC	C. Número de identificación 1056031116
---	-----------------------------	--

*RC : REGISTRO CIVIL | TI : TARJETA IDENTIDAD | CC : CÉDULA CIUDADANÍA | CE : CÉDULA EXTRANJERÍA | PA : PASAPORTE | MS : MENOR SIN ID | AS : ADULTO SIN ID

5. DATOS DE LA EXPOSICIÓN

5.1 Grupo de sustancias <input checked="" type="checkbox"/> 1. Medicamentos <input type="checkbox"/> 3. Metanol <input type="checkbox"/> 5. Solventes <input type="checkbox"/> 7. Gases <input type="checkbox"/> 2. Plaguicidas <input type="checkbox"/> 4. Metales <input type="checkbox"/> 6. Otras sustancias químicas <input type="checkbox"/> 8. Sustancias psicoactivas
5.2 Código y nombre del producto. Ibuprofeno; fluoxetine
5.3 Tipo de exposición <input type="checkbox"/> 1. Ocupacional <input type="checkbox"/> 3. Suicidio consumado <input type="checkbox"/> 6. Posible acto delictivo <input type="checkbox"/> 9. Intencional psicoactiva / adicción <input type="checkbox"/> 2. Accidental <input type="checkbox"/> 4. Posible acto homicida <input type="checkbox"/> 8. Desconocida <input type="checkbox"/> 10. Automedicación / autoprescripción
5.4 Lugar donde se produjo la intoxicación <input checked="" type="checkbox"/> 1. Hogar <input type="checkbox"/> 3. Establecimiento militar <input type="checkbox"/> 5. Establecimiento penitenciario <input type="checkbox"/> 7. Via pública /parque <input type="checkbox"/> 2. Establecimiento educativo <input type="checkbox"/> 4. Establecimiento comercial <input type="checkbox"/> 6. Lugar de trabajo <input type="checkbox"/> 8. Bares/Tabernas/Discootecas.
5.5 Fecha de exposición (dd/mm/aaaa) 06/03/2019 5.5.1 Hora (0 a 24) 15:40 5.6 Vía de exposición <input type="checkbox"/> 1. Respiratoria <input type="checkbox"/> 3. Dérmica/mucosa <input type="checkbox"/> 5. Desconocida <input checked="" type="checkbox"/> 2. Oral <input type="checkbox"/> 4. Ocular <input type="checkbox"/> 6. Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intrapleural) <input type="checkbox"/> 7. Transplacentaria

6. OTROS DATOS

6.1 Escolaridad <input type="checkbox"/> 1. Preescolar <input type="checkbox"/> 4. Media académica o clásica <input checked="" type="checkbox"/> 7. Técnica profesional <input type="checkbox"/> 10. Especialización <input type="checkbox"/> 13. Ninguno <input type="checkbox"/> 2. Básica primaria <input type="checkbox"/> 5. Media técnica <input type="checkbox"/> 8. Tecnológica <input type="checkbox"/> 11. Maestría <input type="checkbox"/> 14. Sin información <input type="checkbox"/> 3. Básica secundaria <input type="checkbox"/> 6. Normalista <input type="checkbox"/> 9. Profesional <input type="checkbox"/> 12. Doctorado
6.2 ¿Afiliado a A.R.L.? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
6.2.1 Código y nombre de la A.R.L.:
6.3 Estado civil <input checked="" type="checkbox"/> 1. Soltero <input type="checkbox"/> 3. Unión libre <input type="checkbox"/> 5. Divorciado <input type="checkbox"/> 2. Casado <input type="checkbox"/> 4. Viudo

7. SEGUIMIENTO

7.1 ¿El caso hace parte de un brote? <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	7.2 Número de casos en este brote <input type="text"/>	7.3 Fecha investigación epidemiológica brote (dd/mm/aaaa) <input type="text"/>	7.4 Situación de alerta <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No
---	---	---	--

8. DATOS DE LABORATORIO

8.1 Se tomaron muestras de toxicología <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	8.2 Tipo de muestras solicitada <input type="checkbox"/> 1. Sangre total <input type="checkbox"/> 4. Tejido <input type="checkbox"/> 17. Agua <input type="checkbox"/> 29. Empaque / envase <input type="checkbox"/> 2. Orina <input type="checkbox"/> 13. Suero <input type="checkbox"/> 23. Cabello <input type="checkbox"/> 30. Otros <input type="checkbox"/> 32. Uñas
8.3 Nombre de la prueba toxicológica	8.4 Diligencia Valor resultado /unidades

Correos: sivigila@ins.gov.co

Dr. Daniel Ramírez Niño
1.014.262.266
Médico
Unidad de Medicina Nueva Granada

Intento de suicidio Código INS: 356

La ficha de notificación es para fines de vigilancia en salud pública y todas las entidades que participen en el proceso deben garantizar la confidencialidad de la información LEY 1273/09 y 1266/09

RELACIÓN CON DATOS BÁSICOS FOR-R02.0000-064 V:02 2018/02/02

Nombres y apellidos del paciente*	Tipo de ID*	Número de identificación*
Erik Gerardo Roncancio Franco	CC	1056031116
*RC: REGISTRO CIVIL TI: TARJETA IDENTIDAD CC: CÉDULA CIUDADANÍA CE: CÉDULA EXTRANJERÍA PA: PASAPORTE MS: MENOR SIN ID AS: ADULTO SIN ID		

5. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL CASO

5.1 Fecha de Ocurrencia (dd/mm/aaaa)	5.2 Intentos previos	5.3 Número de intentos	5.4 Estado civil
06/03/2019	<input checked="" type="radio"/> 1. Si <input type="radio"/> 2. No	<input type="radio"/> 1. Una vez <input type="radio"/> 2. Dos veces <input checked="" type="radio"/> 3. Tres veces <input type="radio"/> 4. Mas de tres veces <input type="radio"/> 99. Sin dato	<input checked="" type="radio"/> 1. Soltero(a) <input type="radio"/> 2. Casado(a) <input type="radio"/> 3. Unión libre <input type="radio"/> 4. Viudo(a) <input type="radio"/> 5. Divorciado(a)
5.5 Escolaridad			
<input type="radio"/> 1. Preescolar <input type="radio"/> 2. Básica primaria <input type="radio"/> 3. Básica secundaria <input type="radio"/> 5. Media técnica <input checked="" type="radio"/> 7. Técnica profesional <input type="radio"/> 8. Tecnológica o técnica <input type="radio"/> 9. Profesional <input type="radio"/> 10. Especialización <input type="radio"/> 11. Maestría <input type="radio"/> 12. Doctorado <input type="radio"/> 13. Ninguno <input type="radio"/> 14. Sin información			

6. FACTORES DESENCADENANTES

<input type="checkbox"/> Conflictos con pareja o expareja	<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica dolorosa o discapacitante	<input checked="" type="checkbox"/> Problemas económicos	<input type="checkbox"/> Muerte de un familiar	<input type="checkbox"/> Escolar / educativa
<input type="checkbox"/> Problemas jurídicos	<input type="checkbox"/> Suicidio de un familiar o amigo	<input type="checkbox"/> Maltrato físico psicológico o sexual	<input type="checkbox"/> Problemas laborales	

7. FACTORES DE RIESGO

<input type="checkbox"/> Consumo de SPA	<input type="checkbox"/> Antecedentes Familiares de conducta suicida	<input checked="" type="checkbox"/> Ideación suicida persistente	<input type="checkbox"/> Plan organizado de suicidio
<p>Las siguientes opciones se activaran si hay antecedentes de trastorno psiquiátrico</p> <input checked="" type="checkbox"/> Antecedentes trastorno psiquiátrico <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input checked="" type="checkbox"/> Trastorno depresivo <input type="checkbox"/> Trastornos de personalidad <input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar <input type="checkbox"/> Antecedentes de violencia o abuso <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol			

8. MECANISMO

<input type="checkbox"/> Ahorcamiento o asfixia	<input type="checkbox"/> Elemento Cortopunzante	<input type="checkbox"/> Arma de Fuego	<input type="checkbox"/> Inmolación	<input type="checkbox"/> Lanzamiento al vacío
<input type="checkbox"/> Lanzamiento a vehículo	<input type="checkbox"/> Lanzamiento a cuerpo de agua			
8.1 En caso de intoxicación, seleccione el tipo de sustancia				
<input checked="" type="checkbox"/> Intoxicación	<input checked="" type="radio"/> 1. Medicamentos <input type="radio"/> 2. Plaguicidas <input type="radio"/> 3. Metanol <input type="radio"/> 4. Metales	<input type="radio"/> 5. Solventes <input type="radio"/> 6. Otras sustancias químicas <input type="radio"/> 7. Gases <input type="radio"/> 8. Sustancias psicoactivas	8.1.2. Código y nombre del producto	
		<input type="text"/> Ibuprofeno, Rosetina		
8.1.4 Via de Exposición				
<input checked="" type="radio"/> 1. Respiratoria <input type="radio"/> 2. Ora <input type="radio"/> 3. Dérmica/mucosa <input type="radio"/> 4. Ocular <input type="radio"/> 5. Desconocida <input type="radio"/> 6. Parenteral (intramuscular, intravenosa, subcutánea, intraperitonea) <input type="radio"/> 7. Transplacentaria				
8.1.5 Lugar donde se produjo la Intoxicación				
<input checked="" type="radio"/> 1. Hogar <input type="radio"/> 2. Establecimiento educativo <input type="radio"/> 3. Establecimiento militar <input type="radio"/> 4. Establecimiento comercial <input type="radio"/> 5. Establecimiento penitenciario <input type="radio"/> 6. Lugar de trabajo <input type="radio"/> 7. Vía pública /parque <input type="radio"/> 8. Bares/Tabernas/Disotecas				

9. REMISIÓN A SALUD MENTAL

9.1 Servicio al que se remite	<input checked="" type="checkbox"/> Psiquiatría	<input checked="" type="checkbox"/> Psicología	<input checked="" type="checkbox"/> Trabajo social
-------------------------------	---	--	--

Correos: sivigila@ins.gov.co

[Firma manuscrita]

Dr. Daniel Ramírez Niño
1.014.262.266
Médico
Universidad Militar Nueva Granada