

Nº Solicitud RCR-35241	Fecha de Referencia 04/02/2019 14:49:47	Nº Verificación	Tipo de Atención Hospitalaria
Nombre : TRILLOS BAYONA RICARDO		Nº Identificación : 12530874	Tipo Doc : CC
Edad : 69 AÑOS	Dirección Residencia : CALLE 66 A # 98 22	Localidad : BOGOTA D.C.	
Sexo : M Teléfono : 3054228091			
Nivel atención : A COTIZANTE 1	Empresa : 800251440-6	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS	
DATOS DE REFERENCIA			
IPS Referente : 1152 HOSPITAL UNIVERSITARIO NACIONA			
Médico Referente : ANDRES FERNANDO RODRIGUEZ GUTIERREZ		Reg Medico Ref : 101904343	
Especialidad : 788 MEDICINA INTERNA			
Diagnóstico : F312 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS			
Descripción Caso Clínico : PACIENTE DE 69 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, CON DIAGNÓSTICO DE SÍNCOPE SECUNDARIO A FIBRILACIÓN AURICULAR PAROXÍSTICA. EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN NUEVOS SÍNCOPEs NI SIGNOS DE BAJO GASTO, TAQUIARRITMIA ACTUALMENTE RESUELTA, SE RECIBE RESULTADO DE TROPONINAS Y EKG SOLICITADOS EL DÍA DE AYER YA QUE EN LA ANAMNESIS REFERÍA DOLOR TIPO PICADA, REPORTADO DENTRO DE LÍMITES NORMALES POR LO QUE SE DESCARTA SCA. PACIENTE QUIEN YA RECIBIÓ MIPRES DE PROPAFENONA Y APIXABAN PARA MANEJO AMBULATORIO DE COMPLICACIONES ARRITMOGÉNICAS Y CARDIOEMBÓLICAS DE FA RESPECTIVAMENTE QUIEN ES VALORADO POR SERVICIO DE PSIQUIATRÍA QUIEN CONSIDERA PACIENTE NO SE HA RECUPERADO COMPLETAMENTE DE CRISIS MANIFORME POR LO QUE REQUIERE TRASLADO A UNIDAD DE SALUD MENTAL, POR LO QUE SE INICIAN TRÁMITES DE REMISIÓN. POR RECOMENDACIÓN DE NEUROCIRUGÍA SE DARÁ ORDEN AMBULATORIA DE RESONANCIA NUCLEAR MAGNÉTICA CEREBRAL EN 2 SEMANAS Y CONTROL POR CONSULTA EXTERNA CON DICHO SERVICIO PARA CONTROL DE COLECCIONES INTRACRANEALES. SE EXPLICA A FAMILIARES CONDUCTA A SEGUIR QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.			
Motivos Remisión Médica: AUSENCIA DE UNIDAD DE SALUD MENTAL			
Observaciones:			
Servicio Solicitado : UNIDAD DE SALUD MENTAL			
IPS de Destino :			
Servicio Ambulancia :		Fecha y hora de traslado :	
Quien entrega :	0	Reg Medico :	
Quien recibe :	0	Reg Medico :	
Responsable paciente			
Tipo Documento : CC	Documento : 41462045	Nombre : ARGENIS DUARTE	
Dirección respon : CALLE 66 A # 98 22		Telefono : 3212200195	Parentesco : Conyuge

Usuario Registro :

Medico que aprueba :

ANDRESFERNANDORODRIGUEZGUTIERREZ

Reg.