


GRS-A102-DE-FT-323		Página: 1 de 1																																		
REFERENCIA DE PACIENTES		Versión: 05																																		
		Fecha: 2016-10-05																																		
 ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.																																				
N° de Planilla	Fecha de radicación de la Referencia	DD MM AA																																		
	Hora de radicación de la Referencia	Hora Militar																																		
TIPO DE USUARIO 1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input type="checkbox"/> 3. Hospitalización <input type="checkbox"/> 1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgencias <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>																																				
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE																																				
Primer Nombre	Segundo nombre	Primer Apellido																																		
Fecha de Nacimiento	Día Mes Año	Segundo Apellido																																		
Edad: Años	Meses Días Horas	SEXO																																		
Tipo Documento	N° Identificación																																			
Dirección Residencia																																				
Teléfono	Localidad																																			
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)																																				
Nombre y Apellido																																				
Dirección Residencia	Teléfono																																			
Afiliación SGSSS																																				
Subsidiado <input type="checkbox"/>	Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/>	Nivel/Categoría <input type="checkbox"/>																																		
Contributivo <input type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/>	N° Ficha <input type="checkbox"/>																																		
Entidad Administradora:	Población Especial																																			
	I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección																																			
	G. Indigente D. Desplazado OTRO:																																			
SOLICITUD DE REFERENCIA																																				
Fecha: Día Mes Año	Hora Militar																																			
	Edad gestacional (sem.)																																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Nombre del Procedimiento Solicitado</th> <th rowspan="2">Código Servicio Solicitado CUPS</th> <th colspan="4">Identificación de Instituciones</th> </tr> <tr> <th>Nombre Punto de Atención Destino Inicial</th> <th>Código Punto de Atención Destino Inicial</th> <th>Nombre Punto de Atención Destino Final</th> <th>Código Punto de Atención Destino Final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. <i>Atención médica</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. <i>Atención dental</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. <i>Atención psicológica</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nivel de Atención requerido:</td> <td></td> <td>I Nivel</td> <td>II Nivel</td> <td>III Nivel</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Nombre del Procedimiento Solicitado	Código Servicio Solicitado CUPS	Identificación de Instituciones				Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final	1. <i>Atención médica</i>						2. <i>Atención dental</i>						3. <i>Atención psicológica</i>						Nivel de Atención requerido:		I Nivel	II Nivel	III Nivel	
Nombre del Procedimiento Solicitado	Código Servicio Solicitado CUPS	Identificación de Instituciones																																		
		Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final																															
1. <i>Atención médica</i>																																				
2. <i>Atención dental</i>																																				
3. <i>Atención psicológica</i>																																				
Nivel de Atención requerido:		I Nivel	II Nivel	III Nivel																																
Anamnesis <i>Truente con cuadro de varicela de discusión de 1 mto. lido</i> <i>Receta C. Le mono, x. mto. mto.</i>																																				
Signos Vitales TA: mmHg FC: x/min FR: x/min TC: °C PESO: Kg Glasgow: /15 SAT O2: %																																				
Examen Físico <i>paciente con antecedentes de F40.3 en tratamiento farmacológico y tiene hospitalización por 3 días - 4 días en estado crítico. se refiere por los padres</i> <i>para ser atendido</i>																																				
Resultados Exámenes diagnósticos																																				
Nombre del Diagnóstico																																				
1. <i>Distorsión operativa b. de p. p. p.</i>	Código CIE10 de Diagnóstico																																			
2. <i>sinuoso</i>	F 3 1 2																																			
Tratamientos y Complicaciones																																				
<i>Ante el caso 280 y 50 C18h</i> <i>Atención 280 y 50 C18h</i> <i>Atención 280 y 50 C18h</i>																																				
MOTIVO REFERENCIA																																				
1. SERVICIO NO OFERTADO	2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL	3. FALTA DE INSUMOS																																		
4. FALTA DE CAMAS	5. CESE DE ACTIVIDADES	6. EMERGENCIA SANITARIA																																		
7. AUSENCIA DE CONVENIO	8. DEVOLUCIÓN INJUSTIFICADA	9. OTRO: Cuál:																																		
DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA																																				
Nombre	Profesión	Especialidad																																		
Registro	Firma																																			
DATOS ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN)																																				
FECHA Día Mes Año	Hora Militar																																			
Nombre	Especialidad	Cargo																																		
Punto de Destino Final	Funcionario de contacto																																			
CANCELACIÓN DE LA REFERENCIA																																				
FECHA Día Mes Año	Hora Militar																																			
Nombre	Especialidad	Cargo																																		
MOTIVO DE CANCELACIÓN																																				
1. RUGA DEL PACIENTE	2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE	3. DX NO CONCORDANTE																																		
4. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR	5. REMISIÓN NO PERTINENTE	6. MEJORA DEL PACIENTE																																		
7. AUTORIZACIÓN VENCIDA	8. CONDICIÓN CLÍNICA/PACIENTE NO TRASLADABLE	9. ALTA DEL PACIENTE																																		
10. MODIFICACIÓN DE LA REFERENCIA	11. NO ACEPTACIÓN DE LA REMISIÓN POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA	12. AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO																																		
13. ASIGNACIÓN DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN	14. OTRO: Cuál:	Firma de quien cancela																																		

MARIA ALEXANDRA BOBADILLA
POQUENA
R.M. 52.862.026



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

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1233891646	
Paciente: LUISA FERNANDA RUIZ FAJARDO	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 28/06/1997	
Edad y género: 21 Años, FEMENINO	
Identificador único: 4991000-1	Responsable: SANITAS EPS S.A.- ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD - REGI
Ubicación: SU-CONSULTA URGENCIAS ADULTOS	Cama:
Servicio: Urgencias	

Página 26 de 41

NOTAS MÉDICAS

Fecha: 08/08/2018 11:42 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-CONSULTA URGENCIAS ADULTOS -

Servicio: Urgencias

Evolución - Interconsulta - CONS PSIQUIATRIA

Paciente de 21 Años, Género FEMENINO, 3 día(s) en hospitalización

Diagnósticos activos antes de la nota: EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO, OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES, ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTROS PRODUCTOS QUIMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS, Y LOS NO ESPECIFICADOS: VIVIENDA.

Indicador de rol: Interconsulta

Subjetivo: PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE, CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR ESTUVO HOSPITALIZADA EN CAMPO ABIERTO HACE TRES AÑOS AL PARECER POR UN EPISODIO MANIACO DESDE EL EGRESO DE LA HOSPITALIZACION ABANDONO EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO, VIVE CON LOS PADRES, EN EL MOMENTO NO TRABAJA, ESTUDIO HASTA NIVEL TECNICO, TIENE UNA HIJA DE UN AÑO CUYA CUSTODIA LA TIENEN LOS PADRES DE LA PACIENTE. " ES QUE MI MAMA VOTO UNA COMIDA QUE YO HABIA PREPARADO Y NO LE VOY NEGAR QUE SI NOS FUIMOS A LAS MANOS ELLA DICE QUE LA RASGUÑE PERO YO TENGO LAS UÑAS CORTAS ES QUE ELLA ME BUSCO Y POR ESO ME TOME ESE VENENO ESO GABRIELA, LOS TIENE A ELLOS QUE LA CUIDEN, HASTA MI HERMANO ME PELEA POR SACARME LA NIÑA" PRESENTO INTENTO SUICIDA DE ALTA LETALIDAD. RAZON POR LA CUAL LA INTERCONSULTAN

Objetivo: VER EXAMEN MENTAL

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico: PACIENTE ALERTA, EURPSOEXICA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, DEVALUADORA, AFECTO DIFORICO DE FONDO IRRITABLE PENSAMIENTO ILOGICO REFERENCIAL CON LA FAMILIA, CON IDEACION SUICIDA ACTIVA Y DE HETEROAGRESION, JUICIO COMPROMETIDO INTROSPECCION NULA PROSPECCION FALSA.

Sin resultados nuevos

Análisis clínico y Objetivos Terapéuticos: PACIENTE CON SINTOMAS MANIACOS DADOS POR IRRITABILIDAD PSICOTICOS REFERENCIAL CON LA FAMILIA, SIN TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO, NULA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NULA INTROSPECCION, ALTO RIESGO AUTO Y HETEROAGRESION ALTO RIESGO SUICIDA NO HACE CRITICA DEL INTENTO. SE INICIA ACIDO VALPROICO 250 MG 1-1-1 RISPERIDONA 2MG 0-0-1 Y LORAZEPAM 2MG 1-1-1 Y REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL

Diagnósticos activos después de la nota: X690 - ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTROS PRODUCTOS QUIMICOS Y SUSTANCIAS NOCIVAS, Y LOS NO ESPECIFICADOS: VIVIENDA, F329 - EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO, F318 - OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES, F312 - TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS (En Estudio).

Firmado Por: MARIA AYXAHK BOBADILLA CUESTA, CONS PSIQUIATRIA, Registro 52862226, CC 52862226

Fecha: 08/08/2018 11:42 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-CONSULTA URGENCIAS ADULTOS - Servicio: Urgencias
Nota de epicrisis - CONS PSIQUIATRIA

Resumen de la atención: Fecha: 08/08/2018 11:42

Evolución - CONS PSIQUIATRIA

Subjetivo: PACIENTE EN EL MOMENTO SIN ACOMPAÑANTE, CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR ESTUVO HOSPITALIZADA EN CAMPO ABIERTO HACE TRES AÑOS AL PARECER POR UN EPISODIO MANIACO DESDE EL EGRESO DE LA HOSPITALIZACION ABANDONO EL TRATAMIENTO PSICOFARMACOLOGICO, VIVE CON LOS PADRES, EN EL MOMENTO NO TRABAJA, ESTUDIO HASTA NIVEL TECNICO, TIENE UNA HIJA DE UN AÑO CUYA CUSTODIA LA TIENEN LOS PADRES DE LA PACIENTE. " ES QUE MI MAMA VOTO UNA COMIDA QUE YO HABIA PREPARADO Y NO LE VOY NEGAR QUE SI NOS FUIMOS A LAS MANOS ELLA DICE QUE LA RASGUÑE PERO YO TENGO LAS UÑAS CORTAS ES QUE ELLA ME BUSCO Y POR ESO ME TOME ESE VENENO ESO GABRIELA, LOS TIENE A ELLOS QUE LA CUIDEN, HASTA MI HERMANO ME PELEA POR SACARME LA NIÑA" PRESENTO INTENTO SUICIDA DE ALTA LETALIDAD. RAZON POR LA CUAL LA INTERCONSULTAN

Objetivo: VER EXAMEN MENTAL

Firmado electrónicamente

MARIA AYXAHK
PSIQUIATRIA
R.M. 52.862.226

Documento impreso al día 08/08/2018 11:48:20

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 IDENTIFICACIÓN	1233891646
NOMBRES	LUISA FERNANDA
APELLIDOS	RUIZ FAJARDO
FECHA DE NACIMIENTO	***/**/
DEPARTAMENTO	BOGOTÁ D.C.
MUNICIPIO	BOGOTÁ D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	E.P.S. SANITAS	CONTRIBUTIVO	06/01/2017	31/12/2999	BENEFICIARIO

Fecha de Impresión: 08/08/2018 17:34:32 Estación de origen: 200.122.253.138

1233891646

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 esta página, por favor remítase a la EPS en la cual