

SOLICITUD DE SERVICIOS - REFERENCIA

Version 02	Pagina 1/2	
	Version 02	
FECHA 2007-05-22 BECRETARIA DE BALUD DE BOGOTA	FECHA 2007-05-22	SECRETARIA DE

140 de Solicitud	219773						
No de Planilla					Fecha de radicacion Hora de radicacion		5/10/2018 23:09:31 1:09:31 p. m.
Tipo Usuario Ambulatorio				Tipo Remisió	n		1
1. Ambulatorio 2.	En Urgencias	3. Hospitalizaci		<u> </u>	2. Electiva Priorita	ria 3. Urgente	4. Hospitalización
N	700 + 1 W 534 + 1	(IDENTIFICA	CION DEL		1016050100	la la :
		MARTINEZ DIAZ			Identificación		Sexo: Femenino
Fecha Nacimiento: 21	/01/1995 12:00:00	a. m. Edad Act	tual: 23 Años \ 9	9 Meses \ 4 Día		CIO B01C2 INGR	
Dirección:	NO REFIERE				Teléfono:		Localidad FONTIBON
CC Cedula de Ciudadania	RC REgi	stro Civil	MSI Menor sin Edit	ntificación	TI Tarjeta de Identio	dad ASI ad	ulto sin Identificar
	E DEL PACIENTE	(Menor de edad, U	suarios con alteracio	n de estado de co	<u> </u>	rdo mental, Adulto mayo	; , Gestantes, Atencion Urgente)
Responsable:					Teléfono Resp:		
Dirección Resp:							
AFILIACION SGS							
Tipo Paciente:	Contributivo		Nivel SocioEconón		0 SISBEN	Nivel SocioEconómico	0:
Ficha SISBEN:		r	Tipo de Población	•			
Entidad Administradora	007001 - CON I	E.P.S. FAMISANA	AR LTDA.	I. ind	igena S.Iva Social M. M	enor en Proteccion G. In	digente D Desplazado O.Otros
			SOLICITU	D DE REFE	ERENCIA		
NOMBRE DEL PROCEDI	MIENTO SOLICIT	TADO			IDENTIFICACION DE	INSTITUCIONES	
			NOMBRE DEL	PUNTO DE ATEN	NCION INICIAL N	OMBRE DEL PUNTO DI	E ATENCION DESTINO FINAL
INTERCONSULTA POR MEDI PSIQUIATRIA N2	CINA ESPECIALIZAD		61 - KR 99 No 16 I - 41 CAI EL 4220876 4183587	MI II - FONTIBON	2 F B 0 2		
VALORACION POR PSIQUIATI	RIA						
NIVEL DE ATENCION REQUI	ERIDO:	□ I NIVEL:	□ II NI	IVEL:	☐ III NIVEL:		
NOMBRE DEL DIAGN	ÓSTICO					CODIGO DIA	GNOSTICO
ENVENENAMIENTO AUTOIN	FLIGIDO INTENCION	ALMENTE POR, Y EX	(POSICION A OTRAS	DROGAS MEDICA	MENTOS Y SUSTAN	X640	
			RESUMEN	HISTORIA	CLÍNICA		
Anamnesis	EA: PACIENTE QU INGESTA AUTOIN COLABORADORA PRIMER EPISODIO	NFLINGIDA CON FI A, NO REPSONDE A D Y MANIFIESTA E	COMPÑIA DE MAD INES SUICIDAS COI AL INTERROGATRO	N 7 TABLETAS I DIO, TODA LA IN IVOS DESDE HA	IFORMACION ES TOMAI ACE APROXIMADAMENT	MG CON 1/4 DE AGUAR DA DE LA VERSION DE I	JION CONSISTENTE EN DIENTE, PACIENTE POCO .A MADRE , MANIFISTEA ES
Examen Físico:	NIEGA						
Signos Vitales	TA: 121/78	FC: 100 x Mi	in FR: 1	8 x Min	GlasGow: 15	TC: 35,9000	Peso: 55,0000
Resultados Exámenes D	iagnósticos:	•	•	•		•	-
Ginecobstétricos: G:	0 P:0	A: 0	C: 0		Edad	Gestante: 0 Sem FCF: 0	Alt Uterina: 0
	Actividad Uterina	Actividad Ut	erina Regular	Aminorrea	Ruptura Men	nbranas	
TRATAMIENTOS / COMPLIC	DE 3.5 (CAPTEE RESPOI TOMA D	GR DE METRONIDAZ BLE ESTADO GENER RATOIR ANO ALTER DE PARACLINICOS, S	OL CON 1/4 DE AGUA AL POCO COLABORA ACIONES NEUROLOG E SOLICTA VALORAC	ARDIENTE CON FI DORA, ALIENRO BICAS, NO BAJO G IPN POR SERVIC	NES SUICIDAS PRIMNER EF ALCOHILICO, TAQUICARDIC GASTO, SE CONSIDERA ING OS INTERDISCIPLINARIOS	PISODIO, EN EL MOMENTO CA AFEBRIL , HIDRATADA, N RESA PACINTE PARA VIGII Y SE INICA TRAMITE D ERE	
MOTIVO REFERENCI	Α						
Servicio no ofertado Ausencia de Profesional Otro:		Falta de Insumos Falta de Equipos Falta_Cama_IPS_Re	6. Ces	ta de Camas se de Actividades	7.Emergencia S 8. Requiere ma nivel	<u> </u>	encia de Convenio colucion Injustificada
				ERENCIA (URO	GENCIAS /HOSPITALIZA	CION)	
FECHA DIA ME		Hora Militar:	Funcionario	de Contacto	Car	rgo: Pı	into de destino final:
Datos del Pofesional que Rea Medico CASTAÑO MURCIA J				gndrea Casta	T 1.	MEDICINA GENERA	

Firma:

Registro 1016007108



SOLICITUD DE SERVICIOS - REFERENCIA

Pagina 2/2	
Version 02	ALCALDIA MAYOR DE BOGOTA D. C.
FECHA 2007-05-22	SECRETARIA DE SALUD DE BOGOTA

140 de Soncitud	219770						
No de Planilla					Fecha de radicacion de la Hora de radicacion de la		/2018 23:09:31 :31 p. m.
Tipo Usuario Ambulatorio				Tipo Remisión			1
1. Ambulatorio 2.	En Urgencias	3. Hospitalización		1. Electiva	→	3. Urgente	4. Hospitalización
N	TDD 1 1 00 EV1 1		DENTIFICAC	CION DEL		01.6050100	b :
	NDRA MILENA M						xo: Femenino
	/01/1995 12:00:00	a. m. Edad Actua	d: 23 Años \ 9 l	Meses \ 4 Días	AREA DE SERVICIO		
Dirección:	NO REFIERE				Teléfono:	I	Localidad FONTIBON
CC Cedula de Ciudadania	RC REgi	stro Civil M	SI Menor sin Edinti	ficación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto s	in Identificar
	E DEL PACIENTE	(Menor de edad, Usua	rios con alteracion o	le estado de con	ciencia, usuarios con retardo m	ental, Adulto mayor , Ge	stantes, Atencion Urgente)
Responsable:					Teléfono Resp:		
Dirección Resp:							
AFILIACION SGS							
Tipo Paciente:	Contributivo	Niv	vel SocioEconómi	co:	0 SISBEN Nive	l SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tip	po de Población E	special:			
Entidad Administradora	007001 - CON F	E.P.S. FAMISANAR	R LTDA.	I. indi	gena S.Iva Social M. Menor e	n Proteccion G. Indiger	nte D Desplazado O.Otros
			SOLICITUD	DE REFE	RENCIA		
NOMBRE DEL PROCEDI	MIENTO SOLICIT	TADO			IDENTIFICACION DE INSTIT	TUCIONES	
			NOMBRE DEL P	UNTO DE ATEN	CION INICIAL NOMBR	E DEL PUNTO DE ATI	ENCION DESTINO FINAL
SALA DE OBSERVACION (UR COMPLEJIDAD ALTA SOD +	GENCIAS) DE		- KR 99 No 16 I - 41 CAMI 4220876 4183587	I - FONTIBON	2 F B 0 2		
REMISION POR EPS							
NIVEL DE ATENCION REQUI	ERIDO:	☐ I NIVEL:	☐ II NIV	EL:	III NIVEL:		
NOMBRE DEL DIAGN	NÓSTICO					CODIGO DIAGNO	STICO
ENVENENAMIENTO AUTOIN	IFLIGIDO INTENCION	ALMENTE POR, Y EXPO	OSICION A OTRAS DE	ROGAS MEDICAN	MENTOS Y SUSTAN	(640	
			RESUMEN H	ISTORIA (CLÍNICA		
Anamnesis	EA: PACIENTE QU INGESTA AUTOIN COLABORADORA PRIMER EPISODIO	NFLINGIDA CON FINE A, NO REPSONDE AL 1	OMPÑIA DE MADRI ES SUICIDAS CON ' INTERROGATROIC SODIOS DEPRESIV	7 TABLETAS D 9, TODA LA INI OS DESDE HA	RE CUADRO CLINICO DE 5 H E METRONIDAZOL 500 MG CO FORMACION ES TOMADA DE CE APROXIMADAMENTE UN GORADORA	ON 1/4 DE AGUARDIEN LA VERSION DE LA M	TE, PACIENTE POCO
Examen Físico:	NIEGA						
Signos Vitales	TA: 121/78	FC: 100 x Min	FR: 18 x	Min	GlasGow: 15	TC: 35,9000	Peso: 55,0000
Resultados Exámenes D	iagnósticos:		•	1		•	
Ginecobstétricos: G:		A: 0	C: 0	7	Edad Gestant		Alt Uterina: 0
TRATAMIENTOS / COMPLIC	DE 3.5 C CAPTEE RESPOI TOMA D	TE FEMENINA EN ÑLA T GR DE METRONIDAZOL BLE ESTADO GENERAL RATOIR ANO ALTERACI JE PARACLINICOS, SE S	TERCEAR DECADA D . CON 1/4 DE AGUARI POCO COLABORADO IONES NEUROLOGIO SOLICTA VALORACIPI	DIENTE CON FIN DRA, ALIENRO A AS, NO BAJO GA N POR SERVICC	Ruptura Membrana NTECEDNTES MEDICOS DE IMPO ES SUICIDAS PRIMNER EPISODIO COHILICO, TAQUICARDICA AFEE ASTO, SE CONSIDERA INGRESA E S INTERDISCIPLINARIOS Y SE IN	RTANCIA INGRESA POR D, EN EL MOMENTO ENCI BRIL , HIDRATADA, NO SIO PACINTE PARA VIGILANCI ICA TRAMITE D EREMISO	JNTRO PACIMTE EN GNOS DE DIFICUTAD A NEUROLIGICA ESTRICTA N POR EPS, SE ORDENA
MOTIVO REFERENCI		TRACION D ELIQUIDOS	EINDOVEINOSOS PRO	TECCION GAS	RICA SE EXPLICA A MADRE Y PA	CIENTE QUIEN KEIFER E	NIENDER I ACEPIAK
1.Servicio no ofertado 2. Ausencia de Profesional 11. Otro:		Falta de Insumos Falta de Equipos Falta_Cama_IPS_Remir	6. Cese	de Camas de Actividades	7.Emergencia Sanitaria 8. Requiere manejo otr		le Convenio
				RENCIA (URG	ENCIAS /HOSPITALIZACION)		
FECHA DIA ME	csaño	Hora Militar:	Funcionario de	•	Cargo:		e destino final:
Datos del Pofesional que Rea Medico CASTAÑO MURCIA J			_	andrea Castañ	V.		

Firma:

Registro 1016007108