

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

676705



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/11/19 Hora: 16:18

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

GUASGUITA	VARGAS	JHON	HENRY
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		7186711 Número documento de Identificación	
Fecha de Nacimiento: 1983-12-19			
Dirección de la Residencia Habitual:		VDA BARON GALLERO	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
Entidad Responsable del Pago:		NUEVA EPS-S	
		Código:	EPSS37

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Número Documento Identificación	
Dirección de la Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO	Teléfono:	98	7405030
		Indicativo	Número	Extensión
Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA	Teléfono Celular		
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL			

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Drana Salgado

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/11/19 Hora: 16:18

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

-0

CC ☐

DV

Código 1500100387

Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono 8 7405030

Indicativo

Número

Departamento:

BOYACA

15

Municipio: TUNJA

001

DATOS DEL PACIENTE

GUASGUITA

VARGAS

JHON

HENRY

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil
☐ Tarjeta de Identidad
☒ Cédula de Ciudadanía
☐ Cédula de Extranjería

- ☐ Pasaporte
☐ Adulto sin Identificación
☐ Menor sin Identificación

7186711

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1983-12-19

Dirección de la Residencia Habitual:

VDA BARON GALLERO

Teléfono:

Departamento: BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S

Código: EPSS37

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 34 AÑOS DE EDAD CON DIAGNOSTICOS DE:

- F209 ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA??

- A10.0 CEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON SX DE PSICOSIS

- ANTECEDENTE DE #3 EPISODIOS PSICOTICOS, CON SEGUIMIENTO AMBULATORIO POR LA ESPECIALIDAD, ULTIMA ATENCION EN ESTA INSTITUCION, EN MAYO DE 2018, QUIEN REQUIRIÓ MANEJO HX POR PSIQUIATRIA, TTO PSICOFARMACOLÓGICO.

ACTUALMENTE INGRESA EN COMPAÑIA DE LA ESPOSA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 15 DIAS, CON AGUDIZACION DESDE HACE 8 DIAS, CONSISTENTE EN DISMINUCION DEL APETITO, IRRITABILIDAD, HETEROAGRESIVIDAD, REFERENCIALIDAD Y CELOTIPIA CON SU ESPOSA " LE VOY A QUITAR LA HERENCIA PORQUE USTED TIENE AMANTES", INSOMNIO DE CONCILIACION, COMENTAN PERSISTENCIA DE ESTRESORES FAMILIARES CON MADRE, HERMANOS POR PROCESO DE HERENCIA, PROBLEMAS ECONOMICOS, DEBIDO A PERDIDA DE TRABAJO COMO VIGILANTE POR SU CONDICION MENTAL, EL DIA DE AYER AGREDE A SUS 2 HIJAS MENORES DE EDAD, REQUIERE INTERVENCION DE LA FUERZA PUBLICA, LA POLICIA TIENE QUE TRASLADARLO INMOVILIZADO, EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA CON CONTENCION FISICA EN CUATRO PUNTOS, HETEROAGRESIVAD, ACTITUD PERSPICAZ, MUTISTA, NO COLABORADOR CON LA ENTREVISTA. FAMILIAR REFIERE QUE LLEVA DOS MESES SIN MEDICACION.

ANTECEDENTES:

PSIQUIÁTRICOS: DEPRESIÓN CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS HACE 3 AÑOS.

PATOLÓGICOS: NIEGA

QUIRÚRGICOS: NIEGA

FARMACOLÓGICOS: SERTRALINA SIN USO HACE 6 MESES SEGÚN HISTORIA CLÍNICA

ALÉRGICOS: NIEGA

TÓXICOS: NIEGA CONSUMO DE ALCOHOL, NIEGA CONSUMO DE SPA

FAMILIARES: NIEGA

Examen Físico:

Inspección General

Inspección general: Normal

Diagnóstico:

F209 ESQUIZOFRENIA - NO ESPECIFICADA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal

F238 OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS Estado: En estudio Tipo: Relacionado

Z818 HISTORIA FAMILIAR DE OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado

F302 MANIA CON SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Y471 EFECTOS ADVERSOS DE BENZODIAZEPINAS Estado: En estudio Tipo: Relacionado

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/11/19 Hora: 16:18

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

-0

CC ☐

DV

Código 1500100387

Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono 8 7405030

Indicativo

Número

Departamento: BOYACA

15

Municipio: TUNJA

001

DATOS DEL PACIENTE

GUASGUITA

VARGAS

JHON

HENRY

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil
☐ Tarjeta de Identidad
☒ Cédula de Ciudadanía
☐ Cédula de Extranjería

- ☐ Pasaporte
☐ Adulto sin Identificación
☐ Menor sin Identificación

7186711

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1983-12-19

Dirección de la Residencia Habitual: VDA BARON GALLERO

Teléfono:

Departamento: BOYACA

15

Municipio: TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S

Código: EPSS37

Motivos de remisión:

REFERENCIA
REMISION A USM PSIQUIATRIA

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03