

REFERENCIA

Secretaría de Salud

Subred Sur Occidente E.S.E.

Unidad de Servicios de Salud Sur

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CONTROL DOCUMENTAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

ADAPTACION DE LA SDS A LA RESOL. 4331 de 2012 - ANEXO TECNICO No. 09

Código: 114 RDO FT 622;1 V.1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CÓDIGO: PSIFE750

APROBACIÓN: 12/05/2014

ÚLTIMA REVISIÓN:

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 2

N° de Planilla

Fecha de radicación de la Referencia

DD

MM

AA

Hora de radicación de la Referencia

DD

MM

AA

HH

MM

SS

Hora Militar

TIPO DE USUARIO

1. Ambulatorio

2. En Urgencias

☒

3. Hospitalización

TIPO DE REMISION

1. Electiva

2. Electiva Prioritaria

3. Urgencias

☒

4. Hospitalización

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Primer Nombre

ERIKA

Segundo nombre

JOHANNA

1er Apellido

PORTELA

2do Apellido

LOZANO

Fecha de Nacimiento:

Dia

Mes

Año

SEXO

Edad: Años

23

Meses

Días

Horas

H

M

X

I

Tipo Documento

CC

N° Identificación

1013661537

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

AFILIACION SGSSS

Subsidiado

Contributivo

☒

Clasif. Socioec. Particular

Nivel/Categoría N° Ficha

Población Especial

I.Indigena S. IVA Social M.Menor en Protección

G. Indigente D. Desplazado

OTRO:

Entidad Administradora: SANITAS

SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha:

Día

17

Mes

9

Año

18

Hora Militar

00+30

Edad gestacional (sem.)

Identificación de Instituciones

Nombre del Procedimiento Solicitado

Código Servicio Solicitado CUPS

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

2

3

PSIQUIATRIA

Nivel de Atención requerido:

I Nivel

II Nivel

III Nivel

Anamnesis

FEMENINO DE 23 AÑOS CON CUADRO DE 30 MINUTOS DE IDEACION SUICIDA " ME QUIERO MORIR" Y GESTO SUICIDA INTENTO CORTARSE CON TIJERAS EL ANTEBRAZO IZQUIERDO DURANTE DISCUSION CON PAREJA SENTIMENTAL , REFIERE PROBLEMAS DE ANSIEDAD ATD DE DEPRESION MEDICADADA DESDE LOS 13 AÑOS CON SUSPENSION HACE 5 AÑOS NIEGAS GESTACION REFIERE MULTIPLES PROBLEMAS CON PAREJA FUE TRAIDA POR POLICIA DE CAI

Signos Vitales

TA:

115

/

75

mmHg

:

80

x min

FR:

17

x min

TC:

36

°C

PESO:

61

Kg

Glasgow:

15

/15

SAT SIN O2:

95

%

Examen Físico

SAT CON O2:

%

NORMOCEFALO CONJUNTIVA Y MUCOSA ROSA ,C/C MUCOSA ORAL HUMEDA, NO ICTERICIA ORL NORMAL NO ADENOPATIA NO INGURGITACION YUGULAR, TORAX NO TIRAJES C/P: RSCS RITMICOS NO SOPLOS, RSRs CON ADECUADA ENTRADA DE AIRE ACP NO AGREGADOS ABDOMEN : PERISTALTISMO POSITIVO BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A PALPACION NO IRRITACION PERITONEAL NOMASA NO MEGALIAS , EXTREMIDADES MOVILES PULSOS+ SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MAYOR A 2 SEGUNDOS. SE EVIDENCIA HERIDA EN ANTEBRAZO IZQUIERO TERCIO MEDIO DE 1,5 CM DE LARGA PROFUNDA 0,5 CM SANGRADO ESCASO NO LIMITACION FUNCIONAL SNC: ALERTA CONCIENTE ORIENTADO NO DEFICIT MOTOR O SENSITIVO NO SIGNO MENINGEOS, PSICOLIGICO: TRANQUILO POCO COLABORADOR AL INTERROGATORIO TENDENCIA A SER AGRESIVA, NO MANTIENE CONTACTO VISUAL CON EXAMINADOR , CONVERSACION LINEAL NO VERBORREA NO ALUCINACIONES, EN EL MOMENTO CON LLANTO FACIL AFECTO DE TRISTEZA INAPETENCIA,

Resultados exámenes diagnósticos

PENDIENTES LABORATORIOS

Nombre del Diagnóstico

Código CIE10 de Diagnóstico

1

ESTADO DEPRESIVO AGUDO

F412

2

GESTO SUICIDA

3

HERIDA EN ANTEBRAZO IZQUIERDO

4

Tratamientos y Complicaciones

OBSERVACION MEDICA, SE DA SERTRALINA Y SE TOMA EXAMENES SE REMITE INTEGRAL

MOTIVO REFERENCIA

1. SERVICIO NO OFERTADO

☒

2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL

3. FALTA DE INSUMOS

4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS

5. FALTA DE CAMAS

6. CESE DE ACTIVIDADES

7. EMERGENCIA SANITARIA

8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL

9. AUSENCIA DE CONVENIO

10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA

11. OTRO:

Cuál:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA

Nombre

DIANA RUBIANO

Profesión

MEDICO

Especialidad

GENERAL

Registro

1033700387

Firma

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACION)

FECHA

DIA

MES

AÑO

Hora Militar

Nombre

Especialidad

Cargo

Punto de Destino Final

Funcionario de contacto

CANCELACION DE LA REFERENCIA

FECHA

DIA

MES

AÑO

Hora Militar

Nombre

Especialidad

Cargo

MOTIVO DE CANCELACION

1. FUGA DEL PACIENTE

2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE

3. DX NO CONCORDANTE

4. SALIDA VOLUNTARIA

5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR

6. REMISION NO PERTINENTE

7. MEJORIA DEL PACIENTE

8. ALTA DEL PACIENTE

9. AUTORIZACION VENCIDA

10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE

11. AUTORIZACION DEL SERVICIO

12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA

13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA

14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION

15. OTRO:

Cuál:

Firma de quien cancela