

## SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.



900959051

## SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

         

No de Solicitud

331221

Fecha de radicación de la Referencia

05/02/2019 20:24:06

Hora de radicación de la Referencia

8:24:06 p. m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	2
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

## IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	JUAN YEPES YEPES	Identificación:	19195503	19195503	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	11/04/1953 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	65 Años \ 9 Meses \ 25 Días	AREA DE SERVICIO	ISCU06	INGRESO
Dirección:	CARRERA 38A 52A 20	Teléfono:	3213977409	Localidad	BOGOTA	
CC Cedula de Ciudadania	RC REgistro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar		

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)

Responsable:	MARIOA DEL PILAR YEPES	Teléfono Resp:	3213977409
Dirección Resp:	CARRERA 38A 52A 20		
Primer Nombre	MARIOA	Primer Apellido	YEPES

## AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC056 - NUEVA EPS-C	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

## SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: INTOXICACION AGUDA	F100

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA	38271	1SC - UMHES SANTA CLARA	2	F	B	0	2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SALUD MENTAL - PSIQUIATRIA											

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

## RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	" INTENTO DE SUICIDIO "
Examen Físico:	PACIENTE QUIEN PRESENTO HACE DOS HORAS INTENTO DE SUICIDIO SE CAUSO AUTOLESION CON ARMA COTO PUNZANTE EN ANTEBRAZO IZQUIERDO , SE TOMO VARIAS PASTILLAS DE LOS PAPAS QUE SUFREN DE HIPERTENSION Y DM , SE ORDENO SONDA NASOGASTRICA PARA LAVADO GASTRICO EL PACIENTE NO SE DEJA REALIZAR PROCEDIMIENTO , CON ALIENTO ALCOHOL. ESTOS INTENTOS DE SUICIDIO LOS HABIA REALIZADO EN ANTERIORES OCASIONES . INGRESA CON FAMILIAR LA HERMANA .
Signos Vitales	TA: 106/66   FC: 88 x Min   FR: 20 x Min   GlasGow: 15   TC: 0,0000   Peso: 70,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	<p>PACIENTE DE 65 AÑOS, NATURAL / PROCEDENTE: BTA; E.CIVIL: SOLTERO; ESCOLARIDAD: 7º GRADO; OCUPACION: CESANTE; VIVE: MADRE / HERMANOS; INFORMANTE: PCTE / HERMANA ( MARIA DEL PILAR YEPES)</p> <p>*) MC: REFIERE LA HERMANA "ESTABA TOMANDO E INTENTO CORTARSE....."</p> <p>*) EA: PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ABUSO / DEPENDENCIA DE ALCOHOL(ULTIMO CONSUMO HOY.....1 MES SIN INGESTA DE OH) CON SINTOMAS AFECTIVOS Y COMPORTAMENTALES DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CON EPISODIOS DE INCONTIENENCIA AFECTIVA CON IRRITABILIDAD, DISTORCIONES COGNITIVAS, IDEAS SOBREVALORADAS DE MINUSVALIA, DESESPERANZA, MUERTE MAS NO DE SUICIDIO ESTRUCTURADO, ANSIEDAD EPISODICA CON DISAUTONOMIAS, DISOMNIAS FRECUENTES, REFIERE LA HERMANA QUE POSTERIOR A DISCUSION CON LOS HERMANOS Y BAJO EFECTO DE ALCOHOL, PRESENTA INTENTO DE SUICIDIO NO ESTRUCTURADO "SE TOMO UNAS PASTILLAS Y CORTO EN EL BRAZO.....", CON DISCONTROL DE IMPULSOS Y HETEROAGRESION POR LO QUE ES TRAIDO POR EL CRUE.</p>
-------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

\*) ANTECEDENTES: HIJA CON SINTOMAS AFECTIVOS Y ABUSO DE SPA??

\*) EMA: ALERTA, ORIENTADO, BAJON EFECTO DE ALCOHOL, HIPOPROSEXICO, INADECUADO CONTACTO VERBAL / VISUAL, INADECUADA MODULACION PSICOAFECTIVA, TENDENCIA A LA INHIBICION PSICOMOTRIZ CON BRADIPSIQUIA / BRADILALIA, DISTORCIONES COGNITIVAS, IDEAS DE MUERTE NI DE SUICIDIO NO ESTRUCTURADO, NO PRESENCIA DE SINTOMAS PSICOTICOS, LEVE ACEPTACION LIMITES Y SEÑALAMIENTOS, INTROSPECCION / PROSPECCION PARCIALMENTE INTERFERIDA.

\*) ANALISIS: PACIENTE CON ANTECEDENTES DE ABUSO - DEPENDENCIA DE OH CON SINTOMAS AFECTIVOS, ANSIOSOS Y COMPORTAMENTALES COMORBIDOS Y RIESGO SOCIAL ALTO, QUIEN PRESENTA REAGUDIZACION DE SINTOMAS EL DIA DE HOY CON INTENTO DE SUICIDIO NO ESTRUCTURADO. SE HOSPITALIZA SE MANEJO INTOXICACION ETILICA CIWAR DE 12 Y SE HACE REMISION.

\*) PLAN:  
 1. DEBERES Y DERECHOS  
 2. HOSPITALIZAR Y OBSERVACION EN URGENCIAS HASTA DESCARTAR ORGANICIDAD  
 3. TIAMINA 3cc / EV / DIA  
 4. LORAZEPAM X 2 MG ( ½ - ½ - 1 )  
 5. ACIDO FOLICO X 1 MG ( 0 - 1 - 0 )  
 6. SS PARACLINICOS

#### MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7.Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐  
 2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐  
 11. Otro: ☐ Falta\_Cama\_IPS\_Remite

#### DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA DIA MES AÑO Hora Militar: Funcionario de Contacto Cargo: Punto de destino final:

Firma:

Datos del Pofesional que Realiza la Referencia

Medico CORTES RAMIREZ JESUS GIOVANNI

Registro 91481106