

**CLINICA DE ESPECIALISTAS LIMITADA****891856372****Formato de Referencia y Contrareferencia**

[RRefCRef2]

Fecha: 07/12/2018**Página:** 1

Nº Solicitud RCR-5860	Fecha de Referencia 07/12/2018 09:43:00	Nº Verificación	Tipo de Atención Urgencias
Nombre : MOJICA PRECIADO MIGUEL ESTEBAN		Nº Identificación : 1051522093	Tipo Doc : CC
Edad : 30 AÑOS	Dirección Residencia : CRA 5 # 2-64	Localidad : CUITIVA	
Sexo : M Teléfono : 3102610977			
Nivel atención : 1 NIVEL 1	Empresa : 900156264-2	NUEVA EPS	
DATOS DE REFERENCIA			
IPS Referente : 56	CLINICA DE ESPECIALISTAS DE SOG		
Médico Referente : JULIAN AUGUSTO HERNANDEZ SIACHOQUE	Reg Medico Ref : 0208-07		
Especialidad : 382	MEDICINA GENERAL		
Diagnóstico : X639	ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR Y EXPOSICION A OTRAS DROGAS QUE		
Descripción Caso Clínico : HACE HORA Y MEDIA, LA MADRE DEL PACIENTE REFIERE VERLO CON TEMBLOR. LE INTERROGA Y EL PACIENTE REFIERE HABER TOMADO 5 TABLETAS DE SERTRALINA DE 50 MG. ES SOLICITADO SERVICIO DE AMBULANCIA DE CUITIVA DE DONDE ES PROVENIENTE, LA CUAL LO TRAE A ESTE SERVICIO. PACIENTE DE 30 AÑOS, QUIEN MENCIONA QUE SU INTENTO DE AGRESIÓN IMPULSIVA SE DA TRAS DISCUSIÓN Y PROBLEMA FAMILIAR. MENCIONA QUE AL REDEDOR DE HACE DOS O TRES AÑOS HUBO INTENTO DE SUICIDIO, DEBIDO A LA PERDIDA DE UN FAMILIAR. SE RECOMIENDA ENTRAR EN CONTROL POR PSICOTERAPIA Y PSIQUIATRÍA PARA PODER MEJORAR LAS HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO, MANEJO Y CONTRO DE IMPULSOS Y SENTIMIENTOS. CUADRO CLINICO DE INGESTA VOLUNTARIA DE SOBREDOSIS DE SERTRALINA. EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA Y TRASTORNO DEPRESIVO. DIAGNOSTICOS: 1. INTENTO SUICIDA POR INGESTA VOLUNTARIA DE SERTRALINA. 2. ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA - TRASTORNO DEPRESIVO. PACIENTE CON ANTECEDNETE DE ESQUIZOFRENIA - TRASTORNO DEPRESIVO CON GESTO SUICIDA CON CONSUMODE SERTRALINA (INFORMA QUE FUERON 5 TABLETAS), EN EL MOMENTO ESTABLE CLINICAMENTE, NO REFIERE DOLOR ABDOMINAL, NO CAMBIOS ELECTROCARDIOGRAFICOS, MANIFIESTA SNETIRSE BIEN, SE INDICA CONTINUAR TRATAMIENTO ESTABLECIDO Y POR LOS ANTECENTES SE SOLICITA REMISION PARA ATENCION IONTEGRAL POR PSIQUIATRIA.			
Motivos Remisión Médica: NO SE CUENTA CON LA ESPECIALIDAD			
Observaciones: 07-12-2018 HORA 9+45 SE ENVIA SOLICITUD A NEPS ADJUNTANDO ANEXO 9 Y RESUMEN DE H CLINICA. LUZ AMPARO PACHON CH.			
Servicio Solicitado : REMISION PARA ATENCION IONTEGRAL POR PSIQUIATRIA.			
IPS de Destino :			
Servicio Ambulancia :	Fecha y hora de traslado :		
Quien entrega : 0	Reg Medico :		
Quien recibe : 0	Reg Medico :		
Responsable paciente			
Tipo Documento : CC	Documento : 0	Nombre : ALFONSO VARGAS	
Dirección respon : CRA 5 # 2-64	Telefono : 3102581414	Parentesco : Familiar	



CLINICA DE ESPECIALISTAS LIMITADA
891856372

Formato de Referencia y Contrareferencia

[RRefCRef2

Fecha: 07/12/2018

Página: 2

Nº Solicitud	Fecha de Referencia	Nº Verificación	Tipo de Atención
RCR-5860	07/12/2018 09:43:00		Urgencias

Usuario Registro :

Medico que aprueba :

LUZ AMPARO PACHON CHAPARRO

Reg.

7J.0 *HOSVITAL*

07/12/2018

* * *

FIN DEL REPORTE

* * *

09:43:00

Usuario: 51985716