



ANEXO TECNICO No. 9

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



Fecha: 2018-08-25

Hora: 23:43

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	CLINICA PARTENON LTDA			NIT	X	800085486-2
Código	110015453	Dirección prestador:	Cra 77 a No 73-41	CC		
Teléfono	4360411	Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	Bogotá	

DATOS DEL PACIENTE

Perez	CORTES	DIANA	CAROLINA
-------	--------	-------	----------

Tipo Documento de identificación		52905438 Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación		
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjería			
Dirección de Residencia Habitual		Fecha de Nacimiento	04/08/1982
CALLE 10 1A 18		Teléfono: 3112134702	
Departamento: 25 CUNDINAMARCA		Municipio: 25473 MOSQUERA	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		FAMISANAR E.P.S. 2017 / 2018	
		CÓDIGO: 830003564-7	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1	1	MARIELA CORTES	1
---	---	----------------	---

Tipo Documento de identificación		1 Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación		
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjería			
Dirección de Residencia Habitual		Teléfono: 3112134702	
1			
Departamento: 11 BOGOTA D.C.		Municipio: 11001 BOGOTA D.C	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	ZULAY MILENA NEMPEQUE CASTRO	Teléfono	-
Servicio que solicita la referen	URGGENCIAS	indicativo	numerc
Servicio para el cual se solicita la referen	PSIQUIATRIA	Teléfono celular	-

INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, Diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

REFIERE MULTIPLES HOSPITALIZACIONES POR EPISODIOS DE ALCOHOLISMO, HETEROAGRESIVIDAD. ULTIMA HOSPITALIZACION 17-11-17 DONDE PSICOLOGIA CONSIDERA PERTINENTE REMITIR A LA PACIENTE A UN CENTRO DE APOYO ESPECIALIZADO EN FARMACODEPENDENCIA PERO NO LOGRAN REMISION Y DAN EGRESO PARA CONTINUAR TRAMITES DE FORMA AMBULATORIA.

PACIENTE TRAIDA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR LA MADRE POR CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN CONSUMO DE ALCOHOL (AGUARDIENTE) . MADRE REFIERE EPISODIOS DE AGRESIVIDAD , ASOCIADO A EPISODIOS DE ALUCINACIONES VISUALES Y DELIRIO DE PERSECUCIÓN POR LO CUAL LA TRAE A LA CONSULTA. EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, ALINTENTO ALCOHOLICO, ALERTA, DESORIENTADA EN TIEMPO, CONGESTIVON CONJUNTIVAL, HIPERPROSEXIA, MARCHA , HABLA DISARTRICA, NISTAGMUS HORIZONTAL A LA MIRADA EXTREMA, DISMETRIA, ROMBERG POSITIVO. SE DECIDE DEJAR EN OBSERVACION, PARA TOMA DE PARACLINICOS E HIDRATACION ENDOVENOSA, SE SOLICITA VALORACION POR PSICOLOGIA Y SE INICIAN TRAMITES DE REMISION POR PSIQUIATRIA. AL IGUAL SE SOLICITA VALORACION POR TRABAJO SOCIAL PARA RESTAURACION DE DERECHO DE LA MENOR A CARGO. SE HABAL CON LA PACIENTE Y SU FAMILIAR QUIENES DICEN ENTENDER Y ACEPTAR



FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Formato adoptado por resolución 4331/19 dic 2012



Historia Clínica de Ingreso

HOS-F-001 V.1



52905438

52905438

Fecha de evolución: 25/08/2018 10:15:44 p.m.

Ing: 6 7 Habitación: 0

Apellidos: **PEREZ CORTES**
Tipo documento: CC No. doc. identidad: 52905438
Estado civil: SOLTERO
Dirección de residencia: CALLE 10 1A 18
Entidad: **FAMISANAR E.P.S.**
Origen del Evento: Enfermedad general
Servicio de Ingreso: Urgencias

Nombres: **DIANA CAROLINA**
Fecha nacim. 04/08/1982 Edad: 36 A Sexo: F
Ocupación: INDEPENDIENTE
Teléfono: 3112134702 Municipio: MOSQUERA
Tipo. Afiliado: Cotizante Categoría / Estrato: A
No autorización: 38421881

Folio: 7 Fecha evolución: 25-AUG-2018

DIAGNOSTICOS

- 1 1519 EFECTO TOXICO DEL ALCOHOL: ALCOHOL, NO ESPECIFICADO
Tipo: 3 Confirmado repetido
Especificación del Diagnóstico PACIENTE CON DIAGNOSTICOS DE:
1 EMBRIAGEZ ALCOHOLICA GRADO II
1 ALCOHOLISMO CRONICO

SUBJETIVO

" HA ESTADO TOMANDO DESDE HACE 15 DIAS, ESTA MUY MAL "

MARIELA CORTES (MADRE) TEL: 3112134702

SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 110 TA Diastólica= 80 FC= 82 FR= 16 Temperatura= 36
Escala Dolor= 1 Glasgow= 15
SPO2 = 96

EXAMEN FISICO

Estado general: B. BUEN ESTADO GENERAL
Cabeza: ISOCORIA NORMOREACTIVA, ESCLERAS ANICTERICAS
Organos de los sentidos: MUCOSA ORAL HUMEDA, NISTAGMUS HORIZONTAL A LA MIRADA EXTREMA
Cuello: SIMETRICO, SIN ADENOPATIAS
Torax y pulmones: MURMULLO VESICULAR CONSERVADOS, SIN SOBREGEGADOS
Cardiovascular: RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS
AUDIBLES
Abdomen: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN DOLOR A LA PALAPCION,
SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL
Genitourinario: NO SE EVALUA
Osteomuscular: MOVILIZA LAS 4 EXTREMIDADES, LLENADO CAPILAR
ID: 2 SEGUNDOS, SIN EDEMAS
Neurológico: ALERTA, DESORIENTADO EN TIEMPO, FUERZA 5/5,
SIN SENSIBILIDAD CONSERVADA, CON DISMETRIA NI
ATAXIA, GLASGOW 15/15
Piel y faneras: SIN ALTERACIONES
Marcha: AUMENTO DE POLIGONO DE SUSTENTACION,
Otros: DISMETRIA, ROMBERG POSITIVO.

ANALISIS Y PLAN DE MANEJO

REFIERE MULTIPLES HOSPITALIZACIONES POR EPISODIOS DE ALCOHOLISMO, HETEROAGRESIVIDAD. ULTIMA HOSPITALIZACION 17-11-17
DONDE PSICOLOGIA CONSIDERA PERTINENTE REMITIR A LA PACIENTE A UN CENTRO DE APOYO ESPECIALIZADO EN
FARMACODEPENDENCIA PERO NO LOGRAN REMISION Y DAN EGRESO PARA CONTINUAR TRAMITES DE FORMA AMBULATORIA.

26/08/2018 02:03:28 a.m.



Historia Clínica de Ingreso

52905438



52905438

Fecha de evolución: 25/08/2018 10:15:44 p.m.

Ing: 6 7 Habitación: 0

Apellidos: **PEREZ CORTES**

Nombres: **DIANA CAROLINA**

Tipo documento: CC No. doc. identidad: 52905438

Fecha nacim: 04/08/1982 Edad: 36 A Sexo: F

Estado civil: SOLTERO

Ocupacion: INDEPENDIENTE

Dirección de residencia: CALLE 10 1A 18

Teléfono: 3112134702

Municipio: MOSQUERA

Entidad: FAMISANAR E.P.S.

Tipo Afiliado: Cotizante

Categoría / Estrato: A

Origen del Evento: Enfermedad general

No autorización: 38421881

Servicio de Ingreso: Urgencias

PACIENTE TRAIDA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR LA MADRE POR CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN CONSUMO DE ALCOHOL (AGUARDIENTE). MADRE REFIERE EPISODIOS DE AGRESIVIDAD, ASOCIADO A EPISODIOS DE ALUCINACIONES VISUALES Y DELIRIO DE PERSECUCIÓN POR LO CUAL LA TRAE A LA CONSULTA. EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, ALINTENTO ALCOHOLICO, ALERTA, DESORIENTADA EN TIEMPO, CONGESTIVON CONJUNTIVAL, HIPERPROSEXIA, MARCHA, HABLA DISARTRICA, NISTAGMUS HORIZONTAL A LA MIRADA EXTREMA, DISMETRIA, ROMBERG POSITIVO. SE DECIDE DEJAR EN OBSERVACION, PARA TOMA DE PARACLINICOS E HIDRATACION ENDOVENOSA, SE SOLICITA VALORACION POR PSICOLOGIA Y SE INICIAN TRAMITES DE REMISION POR PSIQUIATRIA. AL IGUAL SE SOLICITA VALORACION POR TRABAJO SOCIAL PARA RESTAURACION DE DERECHO DE LA MENOR A CARGO. SE HABALA CON LA PACIENTE Y SU FAMILIAR QUIENES DICEN ENTENDER Y ACEPTAR.

PLAN:
OBSERVACION
NADA VIA ORAL
MEDICACION DE INMOVILIZACION, EN CASO DE NECESIDAD
SSN 0.9 % PASAR BOLO DE 100 CC IV AHORA Y CONTINUAR A 100 CC IV CADA 8 HORAS
DIETETICA 10 % PASAR A 20 CC IV CADA 8 HORAS
DIETETICA 100 MG IV CADA DIA
METOCLOPRAMIDA 10 MG IV CADA 8 HORAS
SS: CH, BUN, CREAT, TGO, TGP, BT, BD, AMILASA, FA, BHCG, TOXICO EN ORINA Y ALCOHOL EN SANGRE
SS: VALORACION POR PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL
REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA
CSV- AC

NOTAS ACLARATORIAS

Zulay Nemeque

Firma y sello del profesional: NEMPEQUE CASTRO ZULAY MILENA
Identificación: 1026567203
Especialidad: MEDICINA GENERAL

FIRMA DEL PACIENTE E IDENTIFICACION