

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

22

MM

8

AA

2018

22:39

22:39

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

HERNAN

Segundo nombre

DAVID

1er Apellido

PEREZ

2do Apellido

GUSMAN

Fecha de Nacimiento:

Dia

18

Mes

11

Año

1991

SEXO

H

X

M

I

Edad: Años

26

Meses

Días

Horas

Tipo Documento

C. C

N° Identificación

1047385549

Dirección Residencia

KR 132 38B-15 SUR

Teléfono

3213034357

Localidad

KENNEDY

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

MARTHA GUSMAN (MADRE)

Dirección Residencia

KR 132 38B-15 SUR

Teléfono

3213034357

AFILIACION SGSSS

Subsidiado

X

Contributivo

Clasif. Socioec. Particular

Nivel/Categoría N° Ficha

Población Especial I.Indígena S. IVA Social M.Menor en Protección

Entidad Administradora:

FAMISANAR

G. Indigente D. Desplazado

OTRO:

SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha:

Día

22

Mes

8

Año

2018

Hora Militar

22+40

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

PATIO BONITO

Nivel de Atención requerido:

I Nivel

II Nivel

III Nivel

Anamnesis

PACIENTE INRGESA TRAIIDO POR EL HERMANO DAVID PEREZ POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LIPOTIMIA. COMENTA EPISODIO POSTEIROR A INGESTA DE JUGO. ADICIONALMENTE REFIERE EMESIS DE CONTENIDO ALIMENTARIO, ASTENIA, ADINAMIA Y FOTOFOBIA. NIEGA OTRA SINTOMATOLOGIA. AL INTERROGATORIO PACIENTE REFIERE TRASTORNO ALIMENTICIO DESDE EL AÑO 2012, ASI COMO MULTIPLES INTENTOS SUICIDAS ULTIMO EN 2016. NIEGA HABER CONSULTADO A URGENCIAS O MANEJO AMBULATORIO POR PSIQUIATRIA. EN EL MOMENTO TRISTE, CON IDEAS SUIVIDAS ESTRUCTURADAS, CON INSOMNINO DE CONCILIACION, Y ANOREXIA. SE DECIDE INGRESAR PACIENTE PARA VIGILANCIA CLINICA DADO ALTO RIESGO DE AUTOLESION, TOMA DE LABORATORIOS Y REMISION PARA VALORAICON Y MANEJO INTEGRAL POR PSIQUIATRIA. ANTECEDENTES PATOLOGICOS: ASMA Y ANOREXIA DESDE 2016.

Signos Vitales

TA:

110 / 65 mmHg

:

89 x min

FR:

21 x min

TC:

36,7 °C

PESO:

50 Kg

Glasgow:

15 /15

SAT SIN O2:

97 %

Examen Físico

SAT CON O2:

%

NORMORCEFALO, ADECUADA IMPLANTACION PILOSA, NO LESIONES, ISOCORIA NORMOREACTVIA, ESCLRAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS PALIDAS, MCUOSA ORAL HUMEDA SIN LEISIONES. NO INGURGITACION YUGULAR. NO RETRACCIONES RSCS RITMCIOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS, RSRs SIN AGREGADOS PULMONARES MURMULLO VESICULAR PRESENTE. ABDOEN BLANO, DEPRESIBLE, NO DOLOR A LA PALAPACION, NO IRRITACION PERITONEAL, NO EDEMA, PERFUSION DISTAL MENOR DE 2 SRGNDOS. EXAMEN MENTAL: ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, ESPACIO Y TIEMPO, LENGUAJE LENTO, ANIMO TRISTE SIN LLANTO, JUICIO Y RAZOCINIO CONSERVADOS, NO IDEAS DELIRANTES, IDEAS SUICIDAS ESTRUCTURADAS, INSOMNIO DE CONICLIACION, INTROSPECCIONPOBRE, PROSPECCION NULA.

Resultados exámenes diagnósticos

SS. HEMOGRAMA, FUNCION RENAL, PERFIL HEPATICO, UROANALISIS Y GLUCOSA CENTRAL.

Nombre del Diagnóstico

1

2

3

4

TRASTONRO DEPRESIVO MAYOR CON IDEACION SUICIDA

TRASTORNO ALIMENTICIO (ANOREXIA)

Código CIE10 de Diagnóstico

F321

R630

Tratamientos y Complicaciones

OBSERVACION, SSN0,9% BOLO DE 1000 CC CONTINUAR A 80 CC HORA, DIETA NORMAL, DIPIRONA 1 GR IV LENTO Y DILUIDO, CSV - AC, REMISION PARA PSIQUIATRIA.

MOTIVO REFERENCIA

1. SERVICIO NO OFERTADO

X

2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL

X

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

DANIEL FELIPE MOYA ROMERO

Profesión

MÉDICO SSO

Especialidad

Registro

047/17

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