

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

279907

Fecha de radicación de la Referencia

10/09/2018 10:47:27

Hora de radicación de la Referencia

10:47:27 a. m.

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

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	LUIS ENRIQUE ORTEGA CALDERON	Identificación:	79607621	79607621	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	28/01/1973 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	45 Años \ 7 Meses \ 13 Días	AREA DE SERVICIO	2LVE10	INGRESO
Dirección:	PENDIENTE	Teléfono:		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:	LUIS ORTEGA	Teléfono Resp:	PENDIENTE
Dirección Resp:	PENDIENTE		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Subsidiado	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RS072 - EPS FAMISANAR SAS	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MIXTO PRESENTE	F316

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

PSIQUIATRIA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA	39140-21	2LV - UMES LA VICTORIA	2	F	B	0	2				
PSIQUAITRIA											

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

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	"ESTOY MUY TRISTE"
Examen Físico:	INGRESA PACIENTE POR SU SPROPIOS MEDIOS, REFIERE ANT. DE TAB, REFIERE CC DE 1 DIA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN EPISODIO DE DEPRESION, REFIERE IDEAS, LLANTO LABIL, MELANCOLIA, ABULIA, NIEGA IDEAS DE AGRESION, NO OTROS SINTOMAS.
Signos Vitales	TA: 116/80 FC: 69 x Min FR: 18 x Min GlasGow: 15 TC: 0,0000 Peso: 1,0000
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	PACIENTE CON ANETCEDENTE DE TRASTORNO AEFCTIVO BIPOLAR, QUIEN PRESERNTA ESTADO MIXTO EN PSICOSIS, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, REQUIRE MANEJO INTRAMURAL SE AJUSTA TRATAMIENTO MEDICO
-------------------------------	---

MOTIVO REFERENCIA

1. Servicio no ofertado <input type="checkbox"/>	3. Falta de Insumos <input type="checkbox"/>	5. Falta de Camas <input type="checkbox"/>	7. Emergencia Sanitaria <input type="checkbox"/>	9. Ausencia de Convenio <input type="checkbox"/>
2. Ausencia de Profesional <input type="checkbox"/>	4. Falta de Equipos <input type="checkbox"/>	6. Cese de Actividades <input type="checkbox"/>	8. Requiere manejo otro nivel <input type="checkbox"/>	10. Devolucion Injustificada <input type="checkbox"/>
11. Otro: <input type="checkbox"/>	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:

Andres Parra E

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico PARRA ESPITIA ANDRES

Registro 80112022