

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

No de Solicitud **300762**
 Fecha de radicación de la Referencia **31/10/2018 17:44:45**
 Hora de radicación de la Referencia **5:44:45 p. m.**

Tipo Usuario	<input type="text" value="Ambulatorio"/>	Tipo Remisión	<input type="text" value="12"/>
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:	DIEGO ARMANDO OVIEDO DE HOYOS			Identificación:	1000807996	1000807996	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	05/08/01 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	17 Años \ 2 Meses \ 27 Días	AREA DE SERVICIO	ISCU01	INGRESO	3583281	
Dirección:	DIAGONAL 4 # 17A -05			Teléfono:	3112710080	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:	SOLO SOLO	Teléfono Resp:	0
Dirección Resp:	SINDATO		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC079 - E.P.S. SANITAS - SOAT - 18%	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200

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

		1SC - UMHES SANTA CLARA	2	F	B	0	2				
--	--	-------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--

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

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	HORA DE ATENCION 08+40 " ME MANDARON DEL CAD "					
	PAICNETE D E 17 AÑOS D E E DAD CON PROBLEMAS DE FARMACODEPENDENCIA QUEIN INGRESA REMITIDO DEL CAD PARA VALORACION POR SPQUIATRIA POR PRESENTAR CUADRO CLINICID E ANSIEDAD ,ALUCINACIOENS VISUALES OCASIOANBELS , LENGUAJE INCOPHERENTE Y DESORIENTACION EPISODIOS , TRATSONROD EL SUEÑO TIRPO INSOMNIO DE CONVILIACION , HIPOBULIA					
Examen Físico:	PACIENTE DE 17 AÑOS CON HISTORIA DE FARMACODEPENDENCIA QUIEN ES REMITIDO DEL CAD POR SINTOMAS PSICOTICOS, SE CONSIDERA QUE AMERITA CONTINUAR MANEJO INTRAMURAL., SE RECIBE LLAMADO DE ENFERMERIA QUIENES DICEN PACIENTE SE ENCUENTRA AGITADO, CON TENDENCIA A LA HETEROAGRESIVIDAD,POR SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CONTENSION DE RIESGOS SE INDICA PROTOCOLO DE INMOVILIZACION.					
Signos Vitales	TA: 120/75	FC: 75 x Min	FR: 14 x Min	GlasGow: 14	TC: 0.0000	Peso: 60.0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

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

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

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE DE 17 AÑOS CON HISTORIA DE FARMACODEPENDENCIA QUIEN ES REMITIDO DEL CAD POR SINTOMAS PSICOTICOS, SE CONSIDERA QUE AMERITA CONTINUAR MANEJO INTRAMURAL., SE RECIBE LLAMADO DE ENFERMERIA QUIENES DICEN PACIENTE SE ENCUENTRA AGITADO, CON TENDENCIA A LA HETEROAGRESIVIDAD,POR SEGURIDAD DEL PACIENTE Y CONTENSION DE RIESGOS SE INDICA PROTOCOLO DE INMOVILIZACION.
-------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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:

Mahy

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico HERNANDEZ YASNO MARCELO ANDRES

Registro 76327781