

## **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PAIPA** NIT. 891855209 CRA 20 # 21-37 (Tel:7850110)

Remisiones 201810130059 - 1 SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión	DÍA <u>13</u> MES <u>10</u>	AÑO 2018 Autorización: 1					
☐☐ de Hist☐ria Clínica CC1053							
Sede ESE HOSPITAL SA□VICE□TE DE PAUL PAIPA       Códig□ 155160073201         Institución a la que se remite							
		Códig□ <u></u>					
IDENTIFICACIÓN DEL T	SUARIO						
Nombres	1er. Apellido	2do. Apellido	Sexo				
HAROL SEBASTIA□	<u>VARGAS</u>	SUAREZ	M				
D⊡cument□Identidad	C.C. $ullet$ T.I. $igcirc$ R.C. $igcirc$	<b>No.</b> 1053614926					
Dirección TRA□ 22 □ 16 06		Teléf⊡n□ <u>3208887846</u>	Edad 20 An□(s)				
Municipi PAIPA	Departament□ <u>B□yaca</u>	Urban□ <u>X</u>	Rural				
Lugar y Fecha de □acimient□							
Estad LCivil LO APLICA							
REGIMEN							
C⊡ntributiv□ ● Subsid	ad□ ○ Vinculad□ ○	SOAT O Particular O	Otr□○				
□□mbre Asegurad □ra <u>EPS F</u>	AMISA□AR SAS						
DATOS DE LA REFERENC	EIA ————						
Fecha de Ingreso	Servicio que Remi	ite Especialio	dad				
<b>D</b> <u>13</u> <b>M</b> <u>10</u> <b>A</b> <u>20</u>	18 Urgencias <u>X</u>	K MEDICI□A GE□ERAL					
Fecha de Egreso	C⊡hsulta Externa						
<b>D</b> <u>13</u> <b>M</b> <u>10</u> <b>A</b> <u>20</u>	<u>18</u> H⊑spitalización						
	Otr□						
Modalidad de Solicitu	d Servicio que Rem	ite Especialio	lad				
Remisión	X Urgencias						
Interc⊡nsulta	C⊡hsulta Externa						
Orden de Servici□	H⊡spitalización						
Ap□y□Tecn□lógic□ _	Otr□ PSIQU	JIATRIA <u>PSIQUIATRIA</u>					
Motivo de Remisión		Médico que Remite					
□vel de C□mpetencia	X □□mbre	CRISTIA ESTEBA PACHECO MEDI	<b>□</b> A				
□ hay Recurs □ Human □	Firma y Sell□						
□□hay Equip□	C.C	1053608163					
Petición V□untaria Registr□Médic□							
Otr□							
PACI□ETE CO□ TRASTOR□O D	E A□SIEDAD CO□SIDERO REMISIO	D□PATRA VALORACIO□Y MAŒJO POF	R PSIQUIATRIA				
Nivel de Competenci							
□vel que Remite	1 <u>X</u> 2	3 4					
□vel al que se Remite	1 X 2						
are, ar que se riennie	<u> </u>	<del></del>					
Datos de la Remisión (se re	gistra la hora militar)	20 M: 15	F0				
H⊡ra S⊡icitud <u>20:50</u> □□mbre de la pers⊡ha que s⊡i		H⊡ra <u>20</u> Minut⊡	50				
' '							
CRISTIA□ ESTEBA□ PACHECO H□ra C□nfirmación20:50_	MENTERICIEM .)	H⊡ta 20 Minut⊡	 s 50				
	H □ a □ □ C □ h firmación 20:50 H □ a 20 Minut □ s 50 D □ mbre del C □ h firmad □ (pers □ h a que acepta la Remisión)						
1							
	a la Institución Recept⊡ra (registra	da p⊡r el c⊡nduct⊡r)					
HE/ra Minut Es							
		□□ Placa Ambul	ancia				
			<u> </u>				

Diagnóstico Presuntivo				Código CIE		
TRASTOR □ DE A□SIEDAD , □ ESPECIFICADO				F419		
				<del></del>		
	Daniman da Iliat	avia Clímica v Dagultada	da Duuahaa			
A	kesumen de Hist	oria Clínica y Resultado (	de Pruebas			
Anamnesis: PACIE□TE OUIE□ CO□SU	JLTA POR CUADRO CLI□I	CO DE 6 DIAS DE EVOLU	JCIO□ OUIE□	REFIERE AUSIEDAD REFIERE		
ALTERACIO DE LA REA	ALIDAD, TEMOR A ALUC	I□AR Y QUEDAR E□ OTR	RO MU⊡DO R	EFIERE CEFALEA GLOBAL DE		
	<u>□ OCCIPITAL ACTUALME</u>	□TE SI□TOMATICO. REFI	ERE QUE □O	HAY MEJORIA CO□ MA□EJO		
ACTUAL.	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1				
Signos Vitales	TA FC 140/86 90	T(°C) FR 36.00 19	TALLA(CM) 177	PESO GLASGOW 75.00		
	140/66 90	36.00 19	1//	73.00		
Hallazgos del Examen F	isico					
ALERTA Cabeza: Timal CORMOCEFALO PICRA ESCLERAS ACICTRICAS COCUUTIVAS CORMOCROMICAS - Cuello: Timal						
D MASAS D MEGALIAS D I□GUGRITACIO□ YUGULAR - Torax: □mal SIMETRICO RSRS SI□ AGREGADOS RSRC RITMICO SI□ SOPLOS - Abdomen: □mal BLA□DO DEPRESIBLE □ DOLOROSO A LA PLAPCIO□ SI□ SIG□OS DE						
				<u>A PLAPCIO∐ SI∐ SIGLOS DE</u> DEMAS - <b>Neurológico</b> :⊞rmal		
				Piel: Trmal - Ano: Trmal -		
Osteomuscular: □rmal						
Resultados de Pruebas	Diagnósticas (Anexas)					
-						
Procedimientos Quirúrgicos y/o no Quirúrgicos Realizados						
Tratamiento Instaurado	(Medicamentos, Dosis	y Duración del Tratamie	nto)			
Medicamento: (□05CD080	)2) MIDAZOlam AMP 15 m	g Dosis: 1; Medicamento	o: (□05AD010:	1) HALOperid□ AMP 5 mg / mL		
Dosis: 1; Medicamento:	(103030088) JERI□GA 50	CC Dosis: 0;				
Nota Médica						
	Diagnóstico Pres	untivo		Código CIE		
TRASTOR□O DE A□SIEDA	_	MILLIYU		F419		
INASTORED DE AEBIEDA	U, LU LOFECTFICADU			1 717		
Observaciones o Sugero	encias					
PLA MIDAZOLAM 5 MG IM CADA 8 HORAS SI AGITACIO HALOPERIDOL 5 MG IM CADA 8 HORAS SI AGITACIO CSV - AC						
REMISIO PARA VALORACIO Y MALEJO POR EL SERVIICO DE PSIQUIATRIA						

Impres□p급:

SA⊡DRA MILE□A BARO□ AUXILIAR DE E□FERMERIA