



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

Fecha: 2 0 1 8 - 0 9 - 2 8 Hora: 1 8 : 5 4

INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre: H O S P I T A L R E G I O N A L D E M I R A F L O R E N I T X 8 0 0 1 5 2 9 7 0
 S B O Y E S E M E D I A N A C O M P L E J I D A D
 Código: 1 5 4 5 5 0 0 7 2 6 0 1 Dirección: C A L L E 2 N ° 1 0 - 1 4 f a c t u r a c i o
 Teléfono: 7330152-3143600439 Departamento: B O Y A C A 1 5 Municipio: M I R A F L O R E S 4 5 5

DATOS DEL PACIENTE

M E N D I E T A A V I L A L U Z H E R L I N D A
 1er. Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte 5 2 1 1 4 6 1 0
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cedula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cedula de Extranjería Fecha de Nacimiento: 1 9 7 3 - 0 2 - 1 5

Dirección de Residencia Habitual: B A R R I O L A E S P E R A N Z A Teléfono: 3 1 2 5 4 4 5 8 0 5
 Departamento: B O Y A C A 1 5 Municipio: Z E T A Q U I R A 8 9 7

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: N U E V A E P S CODIGO: E P S 0 3 7

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

1er. Apellido 2do. Apellido 1er. Nombre 2do. Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☐ Cedula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cedula de Extranjería

Dirección de Residencia Habitual: Teléfono:
 Departamento: Municipio:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: N A D I A C A R M E N M U R I L L O P E R E Teléfono:
 Z Indicativo Numero Extensión
 Servicio que solicita la referencia: H O S P M E D I C I N A I Teléfono Celular
 Servicio para el cual se solicita la referencia: P S I Q U I A T R I A

INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnostico, 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.

PACIENTE DE 45 AÑOS, PROCEDENTE DE ZETAQUIRA, CONOCIDA POR DIAGNOSTICO DE TRASTORNO AFECTIVO POLAR EN TRATAMIENTO MEDICO CON PIPOTIZINA 25MG, LORAZEPAM 2MG NOCHE, CARBONATO DE LITIO 600 MG CADA 12 HORAS POR PSIQUIATRICA, QUE LA PARECER NO ES ADHERENTE AL TRATAMIENTO MEDICO, PACIENTE SIN FAMILIAR RESPONSABLE, CON CRISIS AL PARECER POR PERDIDA SE SU TRABAJO ANTECEDENTES PERSONALES: TRASTORNO BIPOLAR, G1P1, MULTIPLES INTERNACIONES POR AGUDIZACION DE SU PATOLOGIA EXAMEN FISICO: PESO:80KG, TALLA:160, TA:130/74, FC:75, SO2:94 INGRESA EN CAMILLA DE AMBULANCIA DE ZETAQUIRA CON MEDICO Y AUXILIAR DE ENFERMERIA SEDADA CCC: NORMOCEFALA CARDIOPULMONAR: MV SIN AGREGADOS, RSCS RITMICOS ABD: ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO GU: NORMAL EXT: EUTROFICAS SE INICIA SEDACION, CON MIDAZOLAM SE REINICIA EL TRATAMIENTO ORDENADO POR PSIQUIATRIA Y SE REMITE PARA MANEJO INTEGRAL EN CENTRO PSIQUIATRICO CORRESPONDIENTE. IDX: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR ADESCOMPENSADO GUDIZADO

Elaboró:

NADIA CARMEN MURILLO PEREZ
 MEDICINA GENERAL
 Registro Profesional 6098