

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/07/21 Hora: 12:04

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ORTIZ		MARTINEZ		JEIMY		VANESA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		1002722955			
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 2002-02-26			
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:		CENTRO				Teléfono:	3138169692
Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	BOYACA		15104
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37		

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		Número Documento Identificación			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación					
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación					
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:						Teléfono:	
Departamento:				Municipio:			

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR		Teléfono:			
			Indicativo	Número	Extensión	
Servicio que solicita la referencia	Hospitalización PSIQUIATRIA		Teléfono Celular			
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización PSIQUIATRIA INFANTIL					

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/07/21 Hora: 12:04

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
Código		1500100387		CC	<input type="checkbox"/>		DV
Dirección Prestador:		CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA					
Teléfono		8 7405030					
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

DATOS DEL PACIENTE

ORTIZ	MARTINEZ	JEIMY	VANESA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/>	Registro Civil	<input type="checkbox"/>	Pasaporte
<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería		

1002722955

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 2002-02-26

Dirección de la Residencia Habitual:		CENTRO			Teléfono:	3138169692
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	BOYACA	15104	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37	

Anamnesis:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, QUIEN EL DIA DE AYER HACIA LAS 7 PM, CON INTENCION DE AUTOAGRESION SE TOMA: 20 TABLETAS DE AZATRIOPINA (2000 MG), 20 TABLETAS DE CLOROQUINA (5000), Y 10 TABLETAS DE CALCIO (600MG). REFIERE DESDE ANOCHE HA ESTADO VOMITANDO, PERO NO LE HABIA CONTANDO A LA MADRE, SÓLO HOY EN LA MAÑANA DECIDE CONTARLE A LA MADRE.

ACTUALMENTE REFIERE SENTIRSE CON MALESTAR GENERAL, VISION BORROSA, ASTENIA, ADINAMIA Y DOLOR ABDOMINAL. MADRE REFIERE QUE LA NIÑA DESDE QUE CONOCE SU ENFERMEDAD, SE HA TORNADO TRISTE, REFIERE QUE "QUIERE MORIRSE", HA PRESNETADO EVCENTOS DE HETEROAGRESION CON SU HERMANO MENOR.

ANTECEDENTES:

-PERINATALES: PARTO VAGINAL A TERMINO, ADAPTACION PULMONAR NORMAL, NO RECUERDA PESO Y TALLA.

-PATOLOGICOS: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DIAGNOSTIVCADO EN ENERO DE 2018

-TROMBOCITOPENIA SEVERA RESUELTA

-EPISTAXIS CON TAPONAMIENTO NASAL RESUELTA

-HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL RESUELTA

-TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO - ENURESIS NOCTURNA

-HIPERTENSIÓN ARTERIAL

-FARMACOLOGICOS:

1. AZATIOPRINA 100 MG CADA NOCHE

2. PREDNISONA 50 MG VO DIA

3. CLOROQUINA 250 MG DIA AL AMUERZO

4. OMEPRAZOL 20 MG VO DÍA

5. FLUOXETINA 20 MG VO DÍA

6. AMLODIPINO 2. 5 MG VO CADA 12 HORAS

7. CARBONATO DE CALCIO 600 MG DIA

-QUIRURGICOS: NIEGA

-ALERGICOS: NIEGA

-FAMILIARES: NIEGA

-INMUNOLOGICOS: NO TRAE CARNE DE VACUNACION.

-TRAUMATICOS: NIEGA

-TOXICOS: NIEGA.

-AMBIENTALES: EXPOSICION A TRANSFORMADOR DE ENERGIA PROXIMO A SU DOMICILIO 200M

-SOCIALES: ESCOLARIZACION 9 GRADO VIVE CON 3 HERMANOS ABUELOS MATERNOS MATERNOS; PADRES SEPARADOS, EL PP VIVE EN BOGOTA "INTENTO VIOLAR A MI HERMANA MAYOR". NO RESPONDE POR LA MENOR.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/07/21 Hora: 12:04

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ORTIZ	MARTINEZ	JEIMY	VANESA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/>	Registro Civil	<input type="checkbox"/>	Pasaporte
<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería		

1002722955

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 2002-02-26

Dirección de la Residencia Habitual:	CENTRO			Teléfono:	3138169692
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	BOYACA	15104
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S			Código:	EPSS37

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Normal, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, EN COMPAÑIA DE LA PROGENITORA, EUPROSEXICA, PENSAMIENTO LOGICO COHERENTE, NO REFIERE IDEAS DELIRANTES, REFIERE AGITACION PSICOMOTORA, AFECTO MAS MODULADO, REFIERE BUENA PATRON DE SUEÑO, NIEGA ALUCINACIONES, INTROSPECCION PRECARIA, PROSPECCION INCIERTA, JUICIO DEBILITADO.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/07/21 Hora: 12:04

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
			CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030				
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ORTIZ	MARTINEZ	JEIMY	VANESA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		1002722955 Número documento de Identificación	
Fecha de Nacimiento: 2002-02-26			
Dirección de la Residencia Habitual:	CENTRO		Teléfono: 3138169692
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: BOYACA 15104
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S		Código: EPSS37

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 21/07/2018 05:25

Subjetivo, objetivo y análisis: **NOTA DE PSIQUIATRIA**

PACIENTE DE 16 AÑOS CON DIAGNOSTICO DE :

- EPISODIO DEPRESIVO GRAVE INTENTO DE SUICIDIO- RIESGO ALTO
- DISCONTROL IMPULSIVO
- ESTRESORES FAMILIARES Y ECONOMICOS
- INTOXICACION MEDICAMENTOSA
- RIESGO DE FALLA HEPATICA, FALLA RENAL, COAGULOPATIA Y PANCREATITIS AGUDA
- INTENTO DE SUICIDIO
- LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

S//PACIENTE EN COMPAÑIA DE PROGENITORA, QUIEN REFIERE BUEN PATRON DE SUEÑO, ADECUADA ALIMENTACION. REFIERE ESTAR BIEN "ME SIENTO MAS TRANQUILA". NIEGA IDEAS DE MUERTE ACTIVAS, NIEGA ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, SIN GESTOS DE HETEROAGRESION O AUTOAGRESION. NO IDEAS DE MUERTE ACTIVAS LA FAMILIAR REFIERE QUE HA ESTADO MAS TRANQUILA "AYER ESTUVE CON ELLA TODO EL DIA Y ESTA MUCHO MAS TRANQUILA, NO SE EXALTA "NIEGA NUEVOS EPISODIOS DE AGITACION.

NOTA DE PEDIATRIA: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO QUIEN SE ENCUENTRA HOSPITALIZADA POR INTENTO SUICIDA MEDIANTE CONSUMO DE MEDICAMENTOS (AZATIOPRINA, CLOROQUINA Y CALCIO). DESDE EL PUNTO DE VISTA CARDIOPULMONAR HA SUPERADO SINDROME DE QT PROLONGADO, SE ENCUENTRA HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. NO HA TENIDO DIFICULTAD RESPIRATORIA NI REQUERIMIENTOS DE OXIGENO SUPLEMENTARIO. DESDE EL PUNTO DE VISTA METABOLICO CON FUNCION HEPATICA Y RENAL CONSERVADAS, SE HA DESCARTADO CUADRO DE PANCREATITIS COMO CONSECUENCIA DE LA INTOXICACION. DESDE EL PUNTO DE VISTA RENAL, Y TENIENDO EN CUENTA ANTECEDENTE DE LES SE SOLICITARON PARACLINICOS DE EXTENSION CON PARCIAL DE ROINA SIN SEDIMENTO PATOLOGICO, SIN PRITEINURIA Y ECOGRAFIA RENAL Y DE VIAS URINARIAS NORMAL, TENSION ARTERIAL CONTROLADA CON ANTIHIPERTENSIVO ORDENADO POR LO ANTERIOR NO SE CONSIDERA COMPROMISO RENAL ACTUAL Y DEBE CONTINUAR MANEJO AMBULATORIO POR NEFROLOGIA PEDIATRICA (YA TIENE CITA EL 06/08/2018). DESDE EL PUNTO DE VISTA REUMATOLOGICO SE HAN REINICIADO MEDICAMENTOS PARA EL CONTROL EL LUPUS CON ADECUADA TOLERANCIA, ADEMAS VALORADA POR SERVICIO DE OFTALMOLOGIA QUIENES DESCARTAN RETINOPATIA. PENDIENTE CONTROL AMBULATORIO POR REUMATOLOGIA EL PROXIMO 01/08/2018. POR PARTE DE PEDIATRIA SIN INDICACION DE PARACLINICOS O MEDIDAS ADICIONALES DURANTE ESTA HOSPITALIZACION, DEBE CONTINUAR SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO AMBULATORIO. POR EL MOMENTO CONTINUAR MANEJO POR LUPUS YA DESCRITOS. REQUERIMIENTO DE HOSPITALIZACION SEGUN INDECAACION DE PSIQUIATRIA. CONTINUAMOS ATENTOS A LA EVOLUCION. SE EXPLICA A FAMILIAR CONDICION CLINICA ACTUAL Y CONDUCTA MEDICA A SEGUIR, REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR.

Análisis de resultados: ECOGRAFIA DE VIAS URINARIAS: ESTUDIO POR ULTRASONIDO RENAL DENTRO DE LIMITES DE NORMALIDAD.

Plan de manejo: PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE LUPUS ERITEMATOSO, QUIEN INGRESA EL 14/07/18 POR INTENCION DE AUTOAGRESION CON FINES SUICIDAS, TOMANDO: 20 TABLETAS DE AZATIOPRINA (2.000 MG), 20 TABLETAS DE CLOROQUINA (5.000 MG), Y 10 TABLETAS DE CALCIO (6.000 MG). SE INGRESA A UCIP PARA VIGILANCIA, EN DONDE SE REALIZO SEGUIMIENTO POR QT PROLONGADO, EN EL MOMENTO CON BUEN PATRON DE SUEÑO, REFIERE SENTIRSE BIEN, INTROSPECCION PRECARIA, JUICIO DEBILITADO, AFECTO CON TENDENCIA A LA IRRITABILIDAD. SE MANTIENE HOSPITALIZADA POR ALTO RIESGO DE AUTOLESION Y SUICIDIO. SE INICIARA EL DIA DE HOY TRAMITE DE REMISION A USM DE NIÑOS Y ADOSCENTES YA QUE SE CONSIDERA QUE LA MENOR CUENTA CON ALTO RIESGO SUICIDA CON ANTECEDENTE DE INTENTO SUICIDA DE ALTA LETALIDAD ASOCIADO Y DESENCADENADO POR SU ENFERMEDAD DE BASE, POR LO CUAL CONSIDERAMOS

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/07/21 Hora: 12:04

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ORTIZ		MARTINEZ		JEIMY		VANESA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				Número documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		1002722955			
				Fecha de Nacimiento: 2002-02-26			
Dirección de la Residencia Habitual:			CENTRO			Teléfono: 3138169692	
Departamento:		BOYACA	15	Municipio:	BOYACA	15104	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37	
DE INTENTO SUICIA DE ALTA LETALIDAD ASOCIADO Y DESENCADENADO POR SU ENFERMEDAD DE BASE, POR LO CUAL CONSIDERAMOS AMERITA MANEJO INTRAHOSPITALARIO PARA REHABILITACION INTEGRAL							

Diagnóstico:

D696 TROMBOCITOPENIA NO ESPECIFICADA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal
 F980 ENURESIS NO ORGANICA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
 Y579 EFECTOS ADVERSOS DE DROGAS Y MEDICAMENTOS NO ESPECIFICADOS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 R040 EPISTAXIS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: ENALApril MALEATO 5 MG TABLETA
 FLUOXETINA 20 MG (COMO BASE) TABLETA
 OMEPRazol 20 MG CAPSULA
 FLUOXETINA 20 MG (COMO BASE) TABLETA
 ENALApril MALEATO 5 MG TABLETA
 OMEPRazol 20 MG CAPSULA
 FLUOXETINA 20 MG (COMO BASE) TABLETA
 OMEPRazol 20 MG CAPSULA
 AMLODIPINO 5 MG TABLETA
 AZATIOPRINA 50 MG TABLETA
 PREDNISONA 50 MG TABLETA
 CLOROquina 150 MG TABLETA
 CALCIO CARBONATO 600 MG COMO CALCIO TABLETA
 FLUOXETINA 20 MG (COMO BASE) TABLETA
 AMLODIPINO 5 MG TABLETA
 AZATIOPRINA 50 MG TABLETA
 PREDNISONA 50 MG TABLETA
 CLOROquina 150 MG TABLETA
 CALCIO CARBONATO 600 MG COMO CALCIO TABLETA
 OMEPRazol 20 MG CAPSULA

Motivos de remisión:

REFERENCIA
 REMISION DE USM DE NIÑOS Y ADOLESCENTES PARA MANEJO INTEGRAL

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma: M⁹ Alejandra Andrade S.

Registro: 151735