

## REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE VANESSA DUQUE CC 1007341523

referencia@clinicapartenon.com

Sat, 29 Sep, 2018 a la(s) 11:47

Referencia 2015, Maria Olivos, Gloria Consuelo Romero Almanza, Referencia Retornar

Referencia 2015 (37,9 KB)    expediente 2015 (37,9 KB)    familia alianza de la paz (39,2 KB)  
Referencia 2015 (101,2 KB)    LVO ANEXO 2015 (100,4 KB)    LVO ANEXO 2015 (96,3 KB)    Referencia 2015 (101,2 KB)

Buen Día


SE ENVÍAN SOPORTES SOLICITANDO CONTINUIDAD  
DE TRAMITE DE REMISIÓN .PACIENTE: **ANGIE VANESSA DUQUE PEREIRA**DOCUMENTO: **1007341523**REMISION: **PSIQUIATRIA**  
**FAMINAR***Clini. Emanuel Falcato  
Dr. Pedro Bortos*SE ANEXA CARTA DE **NEGACIÓN** DE REMISIÓN A CLÍNICA LA  
PAZ

Gracias



Clínica Partenon

San Diego de Calima  
Calle 43 No. 7-31, Bldo.  
Dante D.L. Guzmán  
223.470.0707. Email:  
clinica@partenon.com

 [www.clinicapartenon.com](http://www.clinicapartenon.com)

-----Mensaje original-----

De: referencia@clinicapartenon.com

Enviado: Friday, 28 September, 2018 11:09

Para: "Referencia 2015" &lt;referencia2015@famisanar.com.co&gt;, "Maria Olivos" &lt;mballesteros@famisanar.com.co&gt;, "Gloria Consuelo Romero Almanza" &lt;gromero@famisanar.com.co&gt;

Asunto: REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE VANESSA DUQUE CC 1007341523

Buen Día

318.2153745  
Enato Agui  
Zamora Arca

## REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE VANESSA DUQUE CC 1007341523

referencia@clinicapartenon.com

Fri, 28 Sep, 2018 a la(s) 11:09

Referencia 2015, Maria Olivos, Gloria Consuelo Romero Almanza

Referencia 2015 (37,9 KB)    esperar m... (37,9 KB)    Jhony,Carla Peribonaguim.jpg (39,2 KB)  
... (101,2 KB)    FVO ARCEP... (100,4 KB)    Descarga... (100,4 KB)

Buen Día

SE ENVÍAN SOPORTES SOLICITANDO CONTINUIDAD  
DE TRAMITE DE REMISIÓN .

PACIENTE: **ANGIE VANESSA DUQUE PEREIRA**DOCUMENTO: **1007341523**REMISION: **PSIQUIATRIA**

SE ANEXA CARTA DE **NEGACIÓN** DE REMISIÓN A CLÍNICA LA  
PAZ

Gracias



Clínica Partenon

Calle 74 No. 7-10, Bogotá

Teléfono: 01 (57) 312 2000

Fax: 01 (57) 312 2001

Email: info@clinicapartenon.com

www.clinicapartenon.com

Código de seguimiento:  
Código de seguimiento:  
Código de seguimiento:  
Código de seguimiento:  
Código de seguimiento:



www.clinicapartenon.com



-----Mensaje original-----

De: referencia@clinicapartenon.com

Enviado: Friday, 28 September, 2018 05:29

Para: "Referencia 2015"

&lt;referencia2015@famisanar.com.co&gt;, "Maria Olivos"

&lt;mballesteros@famisanar.com.co&gt;,

gromero@famisanar.com.co

Asunto: FW: RE: REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE

3/9/2018

FW: RE: REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE VANESSA DUQUE CC 1007341523

FW: RE: REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE VANESSA DUQUE CC 1007341523

referencia@clinicapartenon.com

En: 28 Sep, 2018 a la(s) 05:29

Referencia 2015, Maria Olivos, gromero@famisanar.com.co

Referencia 2015 (37,9 KB)

DonCeciliaCruzSilvaquiroga.jpg (39,2 KB)

ENC ARGIE.pdf (101,2 KB)

Referencia 2015 (1,8 MB) → Descargar todos...

Buen Día

SE ENVÍAN SOPORTES SOLICITANDO CONTINUIDAD  
DE TRAMITE DE REMISIÓN .

PACIENTE: **ANGIE VANESSA DUQUE PEREIRA**

DOCUMENTO: **1007341523**

REMISION: **PSIQUIATRIA**

SE ANEXA CARTA DE **NEGACIÓN** DE REMISIÓN A CLÍNICA LA  
PAZ

Gracias

Anyi Alexandra Nuván



Referencia 2015

Clínica Partenon  
Calle 44 No. 7-25, Bogotá  
Bogotá D.C., Colombia  
Tel: 47001000 | Email: info@clinicapartenon.com  
Código: 00000000000000000000



www.clinicapartenon.com

-----Mensaje original-----

De: referencia@clinicapartenon.com

Enviado: Thursday, 27 September, 2018 11:38

Para: "Referencia 2015"

<referencia2015@famisanar.com.co>

CC: "Referencia 2015"

<referencia2015@famisanar.com.co>, "Maria Olivos"

<mballesteros@famisanar.com.co>, "Gloria Consuelo"

RE: REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE VANESSA DUQUE CC 1007341523

referencia@clinicapartenon.com

Thu, 27 Sep, 2018 a la(s) 11:38

Referencia 2015

Referencia 2015, Maria Olivos, Gloria Consuelo Romero Almanza

Referencia 2015.docx (37,9 KB)   JuanCarlosPerezSotaquira.png (39,2 KB)   PDF ANGIE.pdf (101,2 KB)  
Referencia 2015 (1,8 MB) — Descargar todos los

Buenas tardes

Se envían soportes de remision para manejo integral por PSIQUIATRÍA

Paciente: ANGIE VANESSA DUQUE PEREIRA  
CC. 1007341523

SE ANEXA CARTA DE **NEGACIÓN** DE REMISIÓN A CLÍNICA LA PAZ

Gracias

Cordialmente



Esperanza Torres

Secretaría Clínica  
Calle 74 No. 76-85, Sector  
Eligata, D.C., Colombia  
PBX 430 07 07 Ext. 300  
Celular 310 980 7045



[www.clinicapartenon.com](http://www.clinicapartenon.com)

-Mensaje original-----

De: referencia@clinicapartenon.com

Enviado: Wednesday, 26 September, 2018 14:30

Para: "Referencia 2015" <referencia2015@famisanar.com.co>, "Maria Olivos" <mballesteros@famisanar.com.co>, "Gloria Consuelo Romero Almanza" <gromero@famisanar.com.co>

Asunto: REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE VANESSA DUQUE CC 1007341523

Buenas tardes

## REMISIÓN PSIQUIATRÍA ANGIE VANESSA DUQUE CC 1007341523

referencia@clinicapartenon.com

Wed, 26 Sep, 2018 a la(s) 14:30

Referencia 2015, Maria Olivos, Gloria Consuelo Romero Almanza

[Referencia 2015.docx \(39,2 KB\)](#) [ANGIE.pdf \(1,8 MB\)](#) — [Descargar todos los archivos](#)

Buenas tardes

Se envían soportes de remision para manejo integral por PSIQUIATRÍA

Paciente: ANGIE VANESSA DUQUE PEREIRA  
CC. 1007341523

Gracias

Cordialmente

Juan Carlos  
Pérez Zotaquira[www.clinicapartenon.com](http://www.clinicapartenon.com)Sede Hospitalaria  
Calle 74 No. 20-81, 5to piso  
Bogotá D.C. Colombia  
Teléfono: 6107 1611  
Celular: 313 309 7045

CLINICA PARTENON esta comprometida con la conservación del Ambiente por esta razón antes de imprimir este correo piense bien si es realmente necesario hacerlo.

Este correo electrónico es confidencial y para uso exclusivo de la(s) persona(s) a quien(es) se dirige ya que puede contener información privilegiada y reservada de CLINICA PARTENON. Si el lector de esta transmisión electrónica no es el destinatario, se informa que cualquier distribución o copia de la misma está estrictamente prohibida. Por esta razón si ha recibido este correo por error le solicitamos notificar inmediatamente a la persona que lo envió y borrarlo definitivamente.

TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN

# ANEXO TECNICO No. 9

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



Fecha: 2018-09-26 Hora: 09:44

### INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre:	CLINICA PARTENON LTDA			NIT:	X	800085486-2
Código:	110015453	Dirección prestador:	Cra 77 a No 73-41			
Teléfono:	4360411	Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	Bogotá	

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre:	PEREIRA	ANGIE	VANESSA
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1007341523	
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	Fecha de Nacimiento:	20/06/2000	
Dirección de Residencia Habitual:		CR 103 NO 77B 82	
Teléfono:		2275046	
Departamento:		BOGOTA D.C.	
Municipio:		11010 ENGATIVA-10	
Entidad responsable del pago:		FAMISANAR E.P.S. 2017 / 2018	
CÓDIGO:		830003564-7	

### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

0000	000	LINA PEREIRA	000
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	0	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería			
Dirección de Residencia Habitual:		Teléfono: 3197383263	
Departamento:		Municipio:	

### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	NANCY JULIANA BAHAMON PRASCA		
Teléfono:	indicativo	numero	extensión
Servicio que solicita la referencia:	URGENCIAS		
Servicio al cual se solicita la referencia:	PSIQUIATRIA		

### INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

El/los en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución diagnóstica, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

ANÁLISIS: PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR QUIEN INGRESA CON LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN ANTEBRAZOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ADECUADA ASATURACION AL AMBIENTE NO DOLOR ABDOMINAL SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL NO MASAS NO DIFERENCIAL NERVOLOGICO, PACIENTE CON ANIMO TRISTE, REFIERE HA OCURRIDO EN MULTIPLES OCASIONES, REFIERE SENTIRSE SOLA, POBRE APOYO POR PARTE DE SUS PADRES RESPECTO A EPISODIOS DEPRESIVOS, SE COSNULTRA PACIENTE REQUIERE MANEJO POR PSIQUIATRIA, PENDIENTE VALORACIÓN POR PSICOLOGIA, SE EXPLICA A PACIENTE QUE N ENTIENDE Y ACEPTA.

### PLAN

1. OBSERVACION / REMISION PSIQUIATRIA
2. ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE
3. DIFERENCIAL NORMAL
4. CONTROL SIGNOS VITALES -AC

CLINICA PARTENON  
COORDINADOR DE REFERENCIA  
Y CONTRAREFERENCIA  
17-09-2018  
14715



*Epicrisis*

1007341523

HOS-F-011 V.1



1007341523

Apellidos: **DUQUE PEREIRA** Nombres: **ANGIE VANESSA**  
Fecha de ingreso: 25/09/2018 12:37 Fecha de egreso: 26/09/2018 9:44 Ing: 1 Habitación: 0  
Tipo documento: 01 No. doc. identidad: 100/341523 Fecha naci.: 20/06/2000 Edad: 18 A Sexo: F  
Estado civil: SOLTERO Ocupación: EMPLEADO  
Dirección de residencia: CR 103 NO 77B 82 Teléfono: 2275046 Municipio: ENGATIVA-10  
Entidad: FAMILIAR E.P.S. Tipo Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: B  
Origen del Evento: Enfermedad general No autorización: 38962007  
Servicio de ingreso: URGENCIAS Servicio de Egreso: URGENCIAS

#### MOTIVO DE CONSULTA

"Terrible dolor de cabeza y dolor en el pecho"

#### ENFERMEDAD ACTUAL

Ingresó paciente sola refiriendo cuadro 1 mes de evolución consistente en cefalea asociada a dolor torácico refiere sufrir de ansiedad y depresión y actualmente refiere hipoxemia insomnio asociado, refiere ultimamente llanto con facilidad, refiere conflictos en la casa, refiere que la crisis de hoy hizo que se autolesionara en el brazo izquierdo, refiere haberse cortado previamente, refiere pensamientos de minusvalía asociados

#### ANTECEDENTES

Antecedentes: 25 SEP-2018

Médicos:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Niega

#### SIGNOS VITALES

TA Diastólica= 120 TA Diastólica= 85 FC= 76 FR= 18 Temperatura= 36.6

Peso(Kg)= 00 Talla= 00 IMC= 00 Glasgow= 15

SPO2= 97

#### REVISIÓN POR SISTEMAS

Sistema Nervioso: Niega síntomas

Organos de los Sentidos: Niega síntomas

Sistema Cardio respiratorio: Niega síntomas

Sistema Gastrointestinal: Niega síntomas

Sistema GenitoUrinario: Niega síntomas

Sistema Osteomuscular: Niega síntomas

Trastornos endocrinos y metabólicos: Niega síntomas

Piel y anexos: Niega síntomas

#### EXAMEN FISICO

Estado general: B-BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza: Normal clinicamente

Organos de los sentidos: Escleras anictericas mucosa oral humeda

Cuello: Normal clinicamente

Torax y pulmones: Ruidos respiratorios conservado sin agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos

Abdomen: Blando depresible no doloroso a la palpacion sin signos de irritacion peritoneal

Genitourinario: No explorado

Osteomuscular: Normal clinicamente

Neurológico: Normal clinicamente

Piel y Anexos: Heridas superficiales en brazo derecho por autolesion

Marcar: Normal clinicamente

#### DIAGNOSTICOS DE INGRESO

1. F41.2 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Tipo: B Confirmado repetido

2. X70.2 LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONAL MENTAL POR OBJETO CORTANTE: ESCUELAS, OTRAS INSTITUCIONES Y AREAS ADMINISTRATIVAS PUBLICAS

26/09/2018 9:44:04 a. m.



Epicrisis

1007341523



1007341523

Apellidos: **DUQUE PEREIRA** Nombres: **ANGIE VANESSA**  
 Fecha de ingreso: 25/09/2018 12:37 Fecha de egreso: 26/09/2018 9:44 Ing: 1 Habitación: 0  
 Tipo documento: 11 No. doc. identidad: 1007341523 Fecha naci.: 20/06/2000 Edad: 18 A Sexo: F  
 Estado civil: SOLTERO Ocupación: EMPLEADO  
 Dirección de residencia: CR 103 NO 7/B 82 Teléfono: 2275046 Municipio: ENGATIVA-10  
 Entidad: FAMISANAR E.P.S. Tipo Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: B  
 Origen del evento: Enfermedad general No autorización: 38962007  
 Servicio de ingreso: URG/NCIAS Servicio de egreso: URG/NCIAS

**APOYOS DIAGNOSTICOS NO POS**

**MEDICAMENTOS NO POS**

**MATERIALES E INSUMOS NO POS**

**\*\* EVOLUCION CRONOLOGICA - PROCEDIMIENTOS (Indicación y Resultados)**

Paciente de 18 años con antecedente de trastorno mixto de depresión y ansiedad en el momento paciente estable con heridas en brazo derecho actual negros, refiere intentos previos niega consumo de sustancias anteriormente sin embargo paciente al examen mental con sensación de depresión y desolación con alto riesgo de nuevo intento de suicidio posterior sin alteraciones de la sensorio percepción por lo cual se decide ingresar a observación para vigilancia y valoración por psiquiatría, a su vez se evidencia mala red de apoyo paciente refiere que la mamá no quiso acompañarla por su cultura ocupada y no quiere estar en casa con múltiples intentos de fuga en casa por lo cual también se solicita valoración para trabajo social para definir remisión por psiquiatría

**PLAN**

1. ingreso a observación
2. dieta hospitalizada
3. valoración por psicología y trabajo social

26/09/2018: PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR QUIEN INGRESA CON LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN ANTEBRAZOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ADECUADA SATURACIÓN AL AMBIENTE NO DOLOR ABDOMINAL SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL NO MASAS NO DETERIORO NEUROLÓGICO, PACIENTE CON ANIMO TRISTE, REFIERE HA OCURRIDO EN MÚLTIPLES OCASIONES, REFIERE SENTIRSE SOLA, POBRE APOYO POR PARTE DE SUS PADRES RESPECTO A EPISODIOS DEPRESIVOS, SE CONSIDERA PACIENTE REQUIERE MANEJO POR PSIQUIATRÍA, PENDIENTE VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

**PLAN**

1. OBSERVACIÓN / REMISIÓN PSIQUIATRÍA
- ACOMPANIAMIENTO PERMANENTE
2. DIETA NORMAL
3. CUIDADO HIGIENIZADO
4. CONTROL SIGNOS VITALES -AC

**DIAGNOSTICOS DE EGRESO**

1. F33.1 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO

**RECOMENDACIONES E INCAPACIDAD**

RECOMENDACIONES: RECOMENDACIONES  
 INCAPACIDAD: 0

Firma y sello del profesional: **BAHAMON PRASCA NANCY JULIANA**  
 Identificación: 1072650460  
 Registro Médico: 1072650460  
 Especialidad: MEDICINA GENERAL



Bogotá Sep 26 2018

Señores EPS Familiar

En calidad de madre de la paciente  
Angie Vanessa Doque Pereira

cc N° 1007341523

De manera atenta les quiero pedir  
el favor de tener en cuenta mi solicitud  
ya que mi hija fue remitida a Siquiatria  
Tengan en cuenta que no aceptamos  
por ningun Motivo sea remitida ala Clinica  
La Paz por malas experiencias vividas  
reales en un paciente que fue violado  
alla por un enfermero y es mi hermano  
les agradezco mucho tengan en  
cuenta mi solicitud.

DH Lina Rocio Perdomo Bta. cc 51998252  
representante legal de la Paciente  
Angie Vanessa Doque tel 313 8746405