

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

[illegible]

ANTECEDENTES:
 INTERMEDICIALES: SIN. CON PACIENTE EN CASA PRECISO CON TOSAS Y SEÑALES DE FALTA DE CONSUMO DE SUSPENSIVOS POR 1 AÑO POR INFLUENCIA DE LOS AMIGOS Y PAGARLOS AL OJA.
 PATOLOGICA: SIN.
 QUIMIOTERAPIA: NINGUNA.
 ALERGIAS: NINGUNA.
 HISTORIA PRESENTE:
 INTERMEDICIALES: SIN. CON PACIENTE EN CASA PRECISO CON TOSAS Y SEÑALES DE FALTA DE CONSUMO DE SUSPENSIVOS POR 1 AÑO POR INFLUENCIA DE LOS AMIGOS Y PAGARLOS AL OJA.
 PATOLOGICA: SIN.
 QUIMIOTERAPIA: NINGUNA.
 ALERGIAS: NINGUNA.

[illegible]

IMPORTANTE: APTA PARA OBTENÇÃO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA

Analysis of Plan, J28
CONDUCT OF SUBSTANCE PSYCOACTIVE LABORATORIES

[illegible]

```
PLAN  
VALOR=0 CA FOR PS-CopyTRM, R9(00_00)A = TRN84JO SOCAL
```

Perché, 20/04/2018 19:20
Perché? 20/04/2018 19:20

Copyright, copyright of the. 2014/2015. 10.10.11

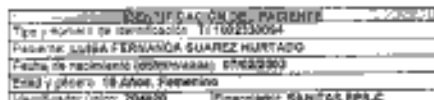
IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
 Apellido y número de identificación: TI 1802130894
 Paciente: LUISA FERNANDA SUAREZ HURTADO
 Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 07/03/1961
 Sexo y grupo: 15 años, Femenino
 Fecha de ingreso: 08/03/2018

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCIÓN DEL PACIENTE: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

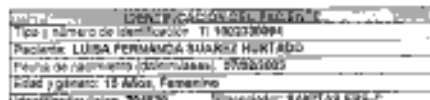
[illegible][illegible][illegible]

© 2006 Pearson Education, Inc. All rights reserved. This publication is protected by copyright. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording, or by any information storage or retrieval system, without permission in writing from Pearson Education, Inc.

[illegible][illegible]

PERICARDIO PAT. DEMOLICION PERICARDIO. BEGUNTO. ENTROCIOTIS. LIGAMENTO
 PULMONIS. PLACENTAS. INFECC. PLACENTARIAS. Y MORFOLOGIA ELECTRONICA. E HISTORIALES AUTOMATIZADOS
 ELUCIDACIONES Y OTROS FLUIDOS DEBILES. A. ORINA
 SUPLENEDOR LINGIVO
 TRANSDUCIMIENTOS ULTRAMICO. INFERIOR. ALUMINIO. TRANSPIERNA
 TRANSDUCIMIENTOS ULTRAMICO. DUALIZACION. ALUMINIO. TRANSPIERNA
 (PENTAGONO. EL. SUPLENEDOR. Y OTROS FLUIDOS)
 DEMONSTRACIONES. GORGONAS. SUBSTANCIA. CIVILITARIA. FLUIDA. AMBIBIADO. GRON. O. NULO
 FORMAS. KOTULANIS. DEL. TORRES. ULTRAMICRO
 TUBOS. TOTAL
 AMPLIACIONES. Y DEMONSTRACIONES. DEMONSTRACIONES. INFERIOR. O. DEMONSTRACIONES
 DEMONSTRACIONES. DEMONSTRACIONES. MANI. O. DEMONSTRACIONES
 DEMONSTRACIONES. MANI. O. DEMONSTRACIONES
 DEMONSTRACIONES. DEMONSTRACIONES. DEMONSTRACIONES
 DEMONSTRACIONES. DEMONSTRACIONES. DEMONSTRACIONES
 DEMONSTRACIONES. DEMONSTRACIONES. DEMONSTRACIONES

CLONALON 2.5 MG TABLETS



2008-09-01

Indicadores de calidad del sistema
INTERVENCIÓN (PROYECTO)
Diagnóstico principal de aguas
FUS, TRANSFORMACIONES Y DEL COMPORTAMIENTO DEL AGUA DE LAS BARRIDAS TRANSFORMACIONES Y DEL COMPORTAMIENTO - NO LINEALIDAD
Reducción a cero
BARRIDAS DE BARRIDAS EN EL HOSPITAL TRANSFORMACIONES Y DEL COMPORTAMIENTO
BARRIDAS DE BARRIDAS EN EL HOSPITAL TRANSFORMACIONES Y DEL COMPORTAMIENTO

M. J. Griffin, J. S. Bruneau and M. A. Griffin

AGM

HENRY CHLANTIC AVILA ARZUMAS, MEDICO GENERAL, Registro 085-07 C.C. 710889

Plasma disinfection

Downloaded from www.sagepub.com at 28/04/2018 18:57:30

EPS SANITAS

Fecha: 24/04/2018, 11:54:43

DATOS DEL PRESTADOR

Centro Médico Palermo - MT. 800251440

Código: 110012482613

Dirección: Carrera 23 No. 45c-31 Cons. 314 - Teléfono: (571) 8825460

Departamento: 11-BOGOTÁ D.C. - Municipio: 001-BOGOTÁ D.C.

Enviado a la que solicita (Pegador): E.P.S. Sanitas

Código: EPS005

REMISIÓN DE PACIENTES**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre: LUISA FERNANDA SUAREZ HURTADO

Identificación: TI 1902390094 - Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 07/02/2003 - Edad: 15 Años

Dirección: cl 38 n 18a 71 - Teléfono(s): 12 - 3203783946

Correo electrónico:

Carné: 10-1375280-1-2 - Historia Clínica: 1902390094

Departamento: 11-BOGOTÁ D.C. - Municipio: 001-BOGOTÁ D.C.

Cobertura en salud: Régimen Otro

DATOS DEL RESPONSABLE

Nombre: ARCENIO SUAREZ - Identificación: CC 6776408

Dirección: cl 38 n 18a 71 - Teléfono(s): 3203783946

Departamento: 11-BOYACA - Municipio: 001-TUNJA

DATOS DE LA REMISIÓN

Servicio remitante: Consulta Externa

Servicio al cual se remite al paciente: Hospitalización

Transporte:

Motivo referencia: Por solicitud del médico tratante

Prioridad:

Resumen de historia clínica

Ver página(s) anexa(s)

Justificación / Observaciones

Justificación:

Adolescente procedente de Tunja, con perfil de dependencia con alto riesgo de recaída en consumo de sustancias en conductas de riesgo para su integridad y vida en medio no protegido en quien se indica desintoxicación intramural que además permita evaluación de dinámica familiar y de intervención individual que afiance motivación para el cambio.

Observaciones:


IPS Clínica Emmanuel, modalidad Hospitalización, 30 días de hospitalización

RESPUESTA ESPECIALISTA (Favor diligenciar manualmente).

ORDEN MÉDICA ESTA PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO


María Paula Véliz Colindato - Psiquiatra
C.C. 1013695045

María Paula Véliz Colindato - Psiquiatra

CC 1013695045 - Registro médico 1013695045

Impreso: 24/04/2018, 12:02:08

Original Imposición realizada por: mprilalba Página 1 de 2

Firmado Electrónicamente

EPS SANITAS

Centro Médico Palermo - NIT: 800251440
 Dirección: Carrera 23 No. 450-31 Cora. 314 - Teléfono: (571) 5895469
 Nombre: LUISA FERNANDA SUAREZ HURTADO
 Identificación: Ti 1002330094 - Sexo: Femenino - Edad: 15 Años

BOGOTÁ D.C.
 24/04/2018, 11:54:43
 Carné: 10-1375280-1-2 - Historia Clínica: 1002330094
 Historia Clínica: 1002330094
 Tipo de Usuario: Otro

RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA
EXAMEN FÍSICO

- Hallazgos:
 Mental: Observaciones: Examen mental: parte cuidada. Alerta. Activo colaborador. Orientada parcialmente en tiempo. Hipoprosia.
 Pensamiento con tendencia a bradipsiquia sin verbalizar delirios, ni ideas de muerte o suicidio. Afecto emborazado de tono amado. No
 impresiona actitud elucinatoria. Jolito y raciocinio débil. Inteligencia impresiona promedio. Normoquímica. Introspección parcial en
 contemplación para el cambio, prospección en construcción. Quiero rehabilitarme, temer el baculito y estudiar algo de medicina.

ANÁLISIS Y PLAN DE ATENCIÓN

Adolescente procedente de Tunja, con patología de dependencia con alto riesgo de recaída así como involucramiento en conductas de riesgo
 para su integridad y vida en medio no protegido en quien se indica desorientación intramural que además permite evaluación de dinámica
 familiar y de intervención individual que alicie motivación para el cambio.

1. Cita de psicólogo en 1 mes
2. Medicación: Según criterio de médico
3. Remisión: IPS Emanuel Hospitalización por 1 mes
4. Vigilar por riesgo de fuga
5. Enviar copia de parámetros a nueva institución para su revisión

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Principal: Trastorno mental y del comportamiento debido al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas:
 síndrome de dependencia (F192). Confirmado repetido, Causa Externa. Enfermedad general, No Embarazada.

RESUMEN PLAN DE MANEJO

- Se remite a Hospitalización.
- Se solicita interconsulta a Psiquiatría.

ORDEN MÉDICA ESTÁ PENDIENTE DE AUTORIZACIÓN - SE NOTIFICARÁ A SU CELULAR Y CORREO ELECTRÓNICO LA RESPUESTA
 IMPORTANTE TENER ACTUALIZADOS LOS DATOS DE CONTACTO

"Señor usuario: no olvide solicitar por escrito un resumen de la atención que le realice el especialista, el cual debe presentar en su
 próxima consulta"

DATOS DEL MÉDICO

Maria Paula Villalba Cuadrado
 Médica Psiquiatra
 R.M. 1013800045

Maria Paula Villalba Cuadrado - Psiquiatra
 CC 1013800045 - Registro médico 1013800045
 Impreso: 24/04/2018, 12:03:36

Impresión realizada por mp-villalba Página 2 de 2

Original

Firmado Electrónicamente

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

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

Fecha: 2018/04/20 Hora: 16:19

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT: X 891800231

CC

41

OV

Código: 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono: 8 7405030
Indicativo: Número: Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SUAREZ

HURTADO

LUISA

FERNANDA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

Registro Civil

Pasaporte

1002330094

X Tarjeta de Identidad

Adulto sin Identificación

Número Documento de Identificación

Cédula de Ciudadanía

Menor sin Identificación

Fecha de Nacimiento: 2003-02-07

Cédula de Extranjería

Dirección de la Residencia Habitual: C/LE 36 16 A 71

Teléfono:

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: SANITAS EPS-C Código: EPS003

Anamnesis

PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD TRAIDA POR LA MADRE QUIEN REFIERE, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CANABINOIDES) DESDE HACE 1 AÑO. PACIENTE CON CIRCULO SOCIAL CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. MADRE REFIERE, QUE ES DESAJUSTADO, NO AL COLEGIO. LA TRAE EL DIA DE HOY POR ORDEN DE PSICOLOGO DEL COLEGIO PARA REHABILITACION, SE INTERROGA PACIENTE COMENTA ULTIMA VEZ QUE FUMO PUE EL DIA DE HOY EN LA MAÑANA, FUMADORA DE CANABINOIDES HACE 1 AÑO 3 VECES AL DIA

Antecedentes

PSICOSOCIALES: VIVE CON PADRES, EN CASA PROPIA CON TODOS LOS SERVICIOS, REFIERE INICIO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS HACE 1 AÑO POR INFLUENCIA DE LOS AMIGOS, 3 CIGARILLOS AL DIA.

PATOLOGICOS: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

ACCIDENTES: NIEGA

HOSPITALARIOS: NIEGA

GENETICOS: MENARQUIA: 13 AÑOS, CICLOS IRREGULARES PACIENTE REFIERE MENSTRUACION CADA 2 MESES, IVS: 13 AÑOS, NO

PLANIFICACION: PACIENTE REFIERE QUE NO PLANIFICA, FUR: 05/03/2018

AMBIENTALES: PACIENTE QUIEN HA PERDIDO 3 AÑOS ESCOLARES ACTUALMENTE REPITENTE DE SEPTIMO GRADO.

FAMILIARES: NIEGA

Examen físico

Inspección General

Inspección general: Normal

Neurológico y Mental

Neurológica y Mental: Ancestral, en ALERTA ORIENTADA EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, COLABORADORA CON ENTREVISTA, ESTABLECE CONTACTO VERBAL Y VISUAL ESPONTANEO, EUPROSEXICA, EULALICA, SE TORNA HOSTIL, APECTO EUTIMICO, PENSAMIENTO LOGICO, IDEAS DE MIEDO ACTIVAS NO ESTRUCTURADAS, IDEAS DE CULPA Y SOLEDAD, SENSOPERCEPCION SIN ALTERACION, INTROSPECCION Y PROSPECCION DEBILITADOS Y JUICIO DEBILITADO, NO SX DE PSICOSIS

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/20 Hora: 16:19

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.B HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT: X 891800231		-B	
Código: 1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA		CC	
Teléfono: 8 7405030				DV	
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA
					001

DATOS DEL PACIENTE

SUAREZ		HURTADO		LUISA		FERNANDA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				Número documento de identificación: 1002330094			
<input checked="" type="checkbox"/> Registro Civil <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Extranjería				<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin identificación <input type="checkbox"/> Menor sin identificación			
Fecha de Nacimiento: 2003-02-07							
Dirección de la Residencia Habitual:		CALLE 36 16 A 71		Teléfono:			
Departamento:		BOYACA		15		Municipio: TUNJA	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		SANITAS EPS-C		Código:		EPS005	

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 2018/04/20 15:25
 S. Vo. objetivo y análisis: ***RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA*** NOTA RETROSPECTIVA

NATURAL Y PROCEDENTE: TUNJA
 OCUPACIÓN: ESTUDIANTE
 ESCOLARIDAD: SEPTIMO
 VIVE CON: PADRES
 RELIGIÓN: CATOLICA
 INFORMANTE: CARMENZA HURTADO

PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD TRAIDA POR LA MADRE QUE REFIERE, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS (CANABINOIDE) DESDE LAZAR 1 AÑO, CON UN CONSUMO DIARIO EN LOS ULTIMOS 6 MESES, ASOCIADO HA PRESENTADO CONDUCTAS HOSTILES, DESAFIANTES CON PROGENITORES Y CON DOCENTES, BAJO EL EFECTO DE LA SUSTANCIA, POBRE ACEPTACION DE NORMAS O DE LIMITES "NO LLEGA A DORMIR A LA CASA", ALTERACION DE PATRON DE SUEÑO DADO POR DESPERTARES FRECUENTES, ALTERACION DE PATRON ALIMENTARIO, PERDIDA DE INTERES HACIA HABITOS ESTUDIANTILES, IRRITABILIDAD CONTINUA, ANSIEDAD CONSTANTE, NIEGA SINTOMAS DE PSICOSIS, HORAS POSTERIORES A CONSUMO PRESENTA AFECTO DE FONDO TRISTE, IDEAS DE MUERTE NO ESTRUCTURADAS, AUTOREPROCHE, CULPA, SOLEDAD, REFIERE DESEO DE REHABILITACION EN CAD, PRESENTA DESEOS DE CONSUMO, SX DE DEPRIVACION AL SUSPENDER SU USO

ANTECEDENTES

PATOLÓGICOS: NIEGA

QUIRÚRGICOS: NIEGA

ALERGIAS: NIEGA

HOSPITALARIOS: NIEGA

GINECOLÓGICOS: NO PLANIFICACION FUR: 05/03/2018

AMBIENTALES: PACIENTE QUE HA PERDIDO 3 AÑOS ESCOLARES ACTUALMENTE REPITENTE DE SEPTIMO GRADO.

TOXICOS: MARIHUANA (DESDE LOS 14 AÑOS, TODOS LOS DIAS DESDE HACE 6 MESES, 2 ARITMETICAS (6 BARETOS AL dia) ULTIMO CONSUMO HOY (2 PLONES), ALCOHOL (DESDE LOS 13 AÑOS OCASIONAL) BOXER (15 AÑOS UN SOLO CONSUMO)

PSIQUIATRICOS PERSONALES Y FAMILIARES: NIEGA

Plan de manejo: PACIENTE DE 15 AÑOS CON ANTECEDENTES DE CONSUMO DIARIO DE SPA, THC EN ALTAS CONCENTRACIONES EN LOS ULTIMOS 6 MESES, ASOCIADO HA PRESENTADO TX DE LA CONDUCTA, SX DE DEPRIVACION AL SUSPENDER SU USO.

PACIENTE Y PROGENITORA MANIFIESTAN DESEO DE REHABILITACION POR LO CUAL SE DECIDE HOSPITALIZAR E INICIAR TRAMITES DE REMISION A CAD DE ADOLESCENTES.

DEBE PERMANECER BAJO EL ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR 24 HORAS

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Fecha: 2018/04/20 Hora: 16:19

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT: X-891800231

4

CC

13V

Código: 1500100387

Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono: 8 7405030

Indicativo: Número: Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA UHF

DATOS DEL PACIENTE

SUAREZ

HURTADO

LUISA

FERNANDA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

Registro Civil

Pasaporte

X Tarjeta de Identidad

Adulto sin identificación

Cédula de Ciudadanía

Menor sin identificación

Cédula de Extranjería

1602330094

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento: 2003-02-07

Dirección de la Residencia Habitual: CLE 36 16 A 71

Teléfono:

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: SANITAS EPS-C

Código: EPS005

Diagnóstico:

FIS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTORNO MENTAL Y DEL

COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal

TRASTORNO DE LA CONDUCTA - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:

REFERENCIA

REMISION A CAD ADOLESCENTES

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Registro: 962-03