

Fecha Actual : viernes, 06 julio 2018

# E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO

Nit: 800099860 - 5

## ANEXO TECNICO N° 2 ATENCION INICAL DE URGENCIAS



No. Atención	025	Fecha	07/06/2018	Hora	18:51
<b>Información del Prestador:</b>					
Nombre:	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL DE PACHO		Nit:	800099860	
Codigo:	01	Dirección:	Calle 9 No. 16 - 35 BARRIO ANTONIO NARIÑO		
Departamento:			Codigo		
Municipio:	PACHO		Codigo	513	
Entidad a que se le Informa (Pagador)	E.P.S. FAMISANAR LTDA		Codigo	EPS017	
<b>Datos del Paciente</b>					
CARRILLO			ROJAS		
Primer Apellido			Segundo Apellido		
DIANA			MARCELA		
Primer Nombre			Segundo Nombre		
Tipo de Documento	Cédula_Ciudadanía	Numero de Documento de Identificación	1073605611		
Fecha de Nacimiento	15/12/1993 12:00:00 a. m.	Telefono	3123202439		
Dirección	URBANIZACION LA ESPERANZA				
Departamento	CUNDINAMARCA		Codigo	25	
Municipio	PACHO		Codigo	513	
Cobertura en Salud	Contributivo				
<b>Informe de la Atención</b>					
Origen de la Atención	Enfermedad_General_Adulto				
Clasificación Triage	TRIAGE 3 URGENCIA NO VITAL - CONDICIÓN AGUDA QUE NO AMENAZA LA VIDA QUE REQUIERE TRATAMIENTO Y ESTUDIOS CON SEGUIMIENTO DE SU ESTADO DE SALUD.				
Ingreso por Urgencias					
Fecha	07/06/2018	Hora	18:15	Remitido	<input type="checkbox"/>
Nombre del Prestador de Servicios de Salud que Remite					
			Codigo		
Departamento			Codigo		
Municipio			Codigo		
Motivo de Consulta	PACIENTE FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE A LOS 15 AÑOS DE EDAD INTENTO SUICIDIO CON AMITRIPTILINA ELDIA DE HOY , PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD QUE MANIFIESTA SENTIR TEMOR Y POCO SENTIDO DE LA VIDA DE SU HISTORIA DE VIDA MANIFIESTA HABER SIDO VÍCTIMA DE VIOLENCIA FÍSICA POR PARTE DE SU PROGENITORA , CRECIO DONDE SUS PADRES TABUEN EXISTIA VIOLENCIA FÍSICA ,HOY REFIERE QUE EST CANSADA DE TATOS GOLPES ,PACIENTE E ELDIA DE HOY ME HE LEBANTADO DE MAL GENIO SIN GANAS DE SEGUIR VIVIENDO Y QUE QUIERE CONSUMIR ALGO PARA NO VIVIR MAS POR LO QUE INGRESA AL SERIVIO EN COMPÑAI DE LA PSIOLOGA.SE SOLICITA AUTORIZACION DE URGENCIAS				
Impresión Diagnostica	Codigo CIE10	Descripción			
Diagnostico Principal	F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO			
Diagnostico relacionado1					
Diagnostico Relacionado2					
Diagnostico Relacionado3					
<b>Informacion de la Persona que Informa</b>					
Nombre de quien Informa	LISBETH TOVAR				
Telefono Fijo	0918540055	Telefono Celular			
	Indicativo-Numero-Ext		Indicativo-Numero-Ext		
Cargo o Actividad	AUXILIAR DE FACTURACION				