



SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 2

Fecha de Solicitud

19 10 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso: Cama:

19/10/2018

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: JUAN MANUEL BARACALDO ROJAS

Sexo: Masculino

Edad: Dias: Meses: Años: 22 Dirección Residencia: CRA 16 N. 11-68

T.D. CC Nro. Identificación: 1057602438

Zona: Urbano X Rural

Teléfono: 3144605715

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: SOGAMOSO

Seguridad Social en Salud: Contributivo X

E.P.S.: NUEVA EPS S.A. -- Urgencias Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Categoría A A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO DE 22 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA HACE 6 AÑOS. THC PERICO LSD COCAINA. SINTOMAS PSICOTICOS ASOCIADOS HACE 8 DIAS. NULA INTROSPECCION DE CONSUMO. SE INICIA TTO CON RISPERIDONA TAB 2 MG 1-0-1 Y LEVOMEPRIMAZINA GOTAS 15-15-20. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE AUTO HETEROAGRESIÓN AGITACIÓN Y FUGA, REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM. SE EXPLICA CLARAMENTE A FAMILIARES DE PACIENTE EL PLAN DE MANEJO QUIENES REFIEREN ACEPTAR Y ENTENDER

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS

F192

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐
☐
☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐
☒

3. Falta de Equipo(s)

☐
☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

5. Requiere otro nivel de atención

6. Voluntario

7. Otro

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmación

19 10 2018

Fecha Salida del Paciente

Departamento:

Médico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☒

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☒

Hospitalización

☐

Otro

EVOLUCION

Fecha:

DERLY JEANNINNE SANCHEZ AVILA

Registro Médico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Médico responsable