

# ANEXO TÉCNICO No. 9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

 <b>MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL</b>		<b>Pag 1 / 3</b> A1602464	
<b>FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES</b>			
		Fecha: <b>2018 - 08 - 17</b>	Hora: <b>08:45</b>
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR</b>			
Nombre : <b>SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA</b>		NIT <input checked="" type="checkbox"/> CC	<b>891856507</b> 9 Numero DV
Código: <b>152380109901</b>	Direccion prestador: TRANSVERSAL 29 N. 9C-41		
Teléfon: <b>7604757 7602579 FAX: 7619303</b>	Departamento: BOYACA	<b>1 5</b>	Departamento: BOYACA <b>2 3 8</b>
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
<b>GOMEZ MONGUI OSCAR GILBERTO</b>			
Tipo Documento de Identificación		<input type="checkbox"/> AS ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CN CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> RC REGISTRO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> CC CEDULA DE <input type="checkbox"/> MS MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TI TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CE CEDULA DE <input type="checkbox"/> PA PASAPORTE	
		<b>1052398753</b> Numero documento de identificación	
		Fecha de Nacimiento: <b>1993 - 03 - 02</b>	
Dirección de Residencia Habitual: <b>CARRERA 21 # 5 - 71 CANDIDO QUINTERO</b>		Teléfono: 3142604146 - 3102407791	
Departamento: <b>BOYACA</b>	<b>15</b>	Municipio: <b>DUITAMA</b>	<b>238</b>
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	<b>CAPITACION NUEVA EPS PGP</b>		CODIGO <b>EPS037</b>
<b>DATOS DEL PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE</b>			
Tipo Documento de Identificación		Numero documento de identificación	
<input type="checkbox"/> AS ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CN CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> RC REGISTRO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> CC CEDULA DE <input type="checkbox"/> MS MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TI TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CE CEDULA DE <input type="checkbox"/> PA PASAPORTE			
Dirección de Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:		Municipio:	
<b>PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE</b>			
Nombre: <b>HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE</b>		Teléfono:	<b>( 098 ) 7 604756 / 7 604756 / Ext 1138 - 1140</b>
Servicio Que Solicita la referencia: <b>URGENCIAS</b>		Telefono Celular	<b>315-317-3522 / 313-853-4091</b>
Servicio Para el cual se solicita la referencia: PSIQUIATRIA			
<b>INFORMACION CLINICA RELEVANTE</b>			

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis fisico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnostico, resumen de la evolucion, diagnostico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remision. Al finalizar el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

\*\* CONSULTA \*\* Fecha: 17/08/2018 Hora: 07:25:26 a.m.

### DATOS DE INGRESO

**VIA INGRESO:** URGENCIAS

**FECHA:** 17/08/2018

**HORA:** 07:25:26 a.m.

**CAUSA EXTERNA:** ENFERMEDAD GENERAL

### MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE TRAÍDO POR FAMILIARES QUIENES MANIFIESTAN QUE EL PACIENTE PRESENTA CUADRO CONFUSIONAL, LENGUAJE INCOHERENTE, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, ANOCHE PRESENTÓ VÓMITO EN VARIAS OPORTUNIDADES POST PRANDIAL, ESTUVO EN URGENCIAS HACE CINCO DÍAS POR CUADRO DE CEFALEA , LE TOMARON TAC CEREBRAL SIMPLE EN EL CUAL REPORTAN ASIMETRÍA DE AMBOS HEMICRANEOS CON LIGERA DERPRESIÓN OCCIPITAL IZQUIERDA

NO REFIEREN FIEBRE, , ESCALOFRIOS,

### ANTECEDENTES:

**ANTECEDENTES FAMILIARES :** \*\*\* MADRE DIABETES

**ANTECEDENTES HOSPITALARIO:** \*\*\* NIEGA

**ANTECEDENTES OCUPACIONALES:** \*\*\* MECÁNICO AUTOMOTRIZ

**ANTECEDENTES PERSONALES:** \*\*\* NIEGA

**ANTECEDENTES TOXICO:** \*\*\* NIEGA

**ANTECEDENTES TRAUMATICOS:** \*\*\* TCE JUNIO 2018 EN TOBOGAN DE PISCINA

**ANTECEDENTES ALERGICOS:** \*\*\* NIEGA

**ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS:** \*\*\* PROPANOLOL Y DICLOFENACO

**ANTECEDENTES QUIRURGICOS:** \*\*\* NIEGA

**REVISION POR SISTEMA:** NORMAL

**EXAMEN FISICO:** PACIENTE CONCIENTE, DESORIENTADO, AGRESIVO

**TA:** 136 / 75 | **FC:** 122 | **FR:** 21 | **TEMPERATURA:** 36°C | **SaO2:** 99 | **PESO:** 70Kg | **TALLA:** 1,75cm | **IMC:** 22,86 | **DOLOR:** 6 | **Glassgow:** 15 |

**CABEZA Y CUELLO:** PINRLA, MOVIMIENTOS OCULARES NORMALES

**TORAX Y CARDIOPULMONAR:** RSCS TAQUICÁRDICOS, RSRs SIN AGREAGDOS

**ABDOMEN:** BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

**NEUROLOGICO:** CONCIENTE, DESORIENTADO EN ESPACIO, BRADIPSÍQUICO, IDEACIÓN DELIRANTE, NO HAY SIGNOS MENÍNGEOS, NO DEFICIT MOTOR

**PELVIS Y GENITOURINARIO:** ESTABLE

**DORSO Y EXTREMIDADES:** NO EDEMAS

**PIEL Y FANERAS:** SIN LESION APARENTE

**OTROS:** SIN LESION APARENTE

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** F209 : ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA

**DIAGNOSTICO RELACIONADO 1:** F195 : TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS

**PSICOACTIVAS:** TRASTORNO PSICOTICO

**TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** IMPRESION DIAGNOSTICA


### CONDUCTA:

#### ORDENES MEDICAS:

| PACIENTE CON ESTADO CONFUSIONAL

# ANEXO TÉCNICO No. 9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL		Pag 2 / 3	
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES				A1602464	
Fecha:		2018 - 08 - 17		Hora: 08:45	
INFORMACION DEL PRESTADOR					
Nombre : SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA				NIT	X
				CC	891856507
					9
Código: 152380109901				Direccion prestador: TRANSVERSAL 29 N. 9C-41	
Teléfon: 7604757 7602579 FAX: 7619303				Departamento: BOYACA	
				1 5	Departamento: BOYACA
				2 3 8	
DATOS DEL PACIENTE					
GOMEZ MONGUI OSCAR GILBERTO					
Tipo Documento de Identificación				1052398753	
<input type="checkbox"/> AS ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CN CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> RC REGISTRO CIVIL				Numero documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> CC CEDULA DE <input type="checkbox"/> MS MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TI TARJETA DE IDENTIDAD					
<input type="checkbox"/> CE CEDULA DE <input type="checkbox"/> PA PASAPORTE					
Fecha de Nacimiento				1993 - 03 - 02	
Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 21 # 5 - 71 CANDIDO QUINTERO				Teléfono: 3142604146 - 3102407791	
Departamento: BOYACA				15	Municipio: DUITAMA
				238	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO				CAPITACION NUEVA EPS PGP	CODIGO EPS037
DATOS DEL PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE					
Tipo Documento de Identificación				Numero documento de identificación	
<input type="checkbox"/> AS ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CN CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> RC REGISTRO CIVIL					
<input checked="" type="checkbox"/> CC CEDULA DE <input type="checkbox"/> MS MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TI TARJETA DE IDENTIDAD					
<input type="checkbox"/> CE CEDULA DE <input type="checkbox"/> PA PASAPORTE					
Dirección de Residencia Habitual:				Teléfono:	
Departamento:				Municipio:	
PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE					
Nombre: HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE				Teléfono:	( 098 ) 7 604756 / 7 604756 / Ext 1138 - 1140
Servicio Que Solicita la referencia: URGENCIAS				Telefono Celular	315-317-3522 / 313-853-4091
Servicio Para el cual se solicita la referencia:PSIQUIATRIA					
INFORMACION CLINICA RELEVANTE					
SS CH, GLICEMIA, CREATININA, PERFIL PARA DROGAS DE ABUSO, UROANALISIS, ELECTROLITOS					
PRESCRIPCION MEDICAMENTOS 17/08/2018 07:42:42 a.m.					
1. :DEJAR EN REANIMACION					
2. :SOLUCION SALINA NORMAL BOLSA X 500 ML   Dosis: 1000 CC   Via: I.V.   Cada: 24/h   Obs.: EN BOLO					
3. :LACTATO DE RINGER BOLSA X 500 ML   Dosis: 120 CC   Via: I.V.   Cada: 1/h					
4. :FUROSEMIDA AMPOLLA 20 MG/2 ML   Dosis: 20 MG   Via: I.V.   Cada: 8/h					
5. :RANITIDINA X 50 MG/2ML AMPOLLAS   Dosis: 50 MG   Via: I.V.   Cada: 8/h					
6. :ONDANSETRON 8MG/4 ML AMPOLLAS   Dosis: 8 MG   Via: I.V.   Cada: 24/ UNICA   Obs.: AHORA					
7. :SS PARACLÍNICOS					
8. :C S V					
HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE MEDICO GENERAL   R.M. 06778					
** EVOLUCION MEDICA ** Fecha: 17/08/2018 Hora: 08:41:52 a.m.					
DIAGNOSTICO: * Dx Principal: F209 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA					
* DxR1: F195 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: TRASTORNO PSICOTICO					
ANALISIS Y JUSTIFICACION: REVISTA MEDICINA INTERNA					
SE REVISAS EL CASO Y SE EXAMINA AL PACIENTE CON EL DR. RAFAEL MENDEZ INTERNISTA QUIEN SUGIERE REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR X DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGIA PREVIA TOMA DE PRUEBAS DE COAGULACIÓN , TAC DE CONTROL, INICIAR REMISIÓN A NEUROLOGIA PARA TOMA DE RNM CEREBRAL CON CONTRASTE, SI SE DESCARTA FOCO INFECCIOSO INICIAR DEXAMETASONA 8 MG IV CADA 8 HORAS					
HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE MEDICO GENERAL   R.M. 06778					
NOTA REVISTA DE MEDICINA INTERNA DR CESAR MENDEZ: PACIENTE CON CUADRO DE EPISODIO PSICÓTICO AGUDO, TAC CEREBRAL SIMPLE: SIN LESIONES INTRACEREBRALES, NO HA PRESENTADO FIEBRE, NIEGA CEFALEA, HEMOGRAMA SIN LEUCOCITOSIS NI NEUTROFILIA, PACIENTE NO PERMITIÓ EL DIA DE AYER REALIZACIÓN DE PUNCIÓN LUMBAR, NO TIENE SIGNOS MENINGEOS, NO RIGIDEZ NUCAL, SE SUSPENDE PUNCIÓN LUMBAR, REMISIÓN A PSIQUIATRIA/ NEUROLOGIA TERCER NIVEL					
HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE					
19/08/2018   11:27 a.m. GOMEZ RAMIREZ EDGAR MAURICIO					