

114152

ANEXO TECNICO No.9 **FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

Fecha: 2019/01/09 Hora: 11:04

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

DATOS DEL PACIENTE

CARVAJAL	VEGA	NELSON	ALDEMAR
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería </div> <div> <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación </div> <div> <p>7179967</p> <p>Número documento de Identificación</p> <p>Fecha de Nacimiento: 1981-02-04</p> </div> </div>			
Dirección de la Residencia Habitual:		CRA4A 9D 25	Teléfono: 3138416243
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	Código: EPSS37

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería </div> <div> <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación </div> <div> <p>Número Documento Identificación</p> </div> </div>			
Dirección de la Residencia Habitual:			Teléfono:
Departamento:		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO	Teléfono:	98	7405030
		Indicativo	Número	Extensión
Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA	Teléfono Celular		
Servicio para el cual se solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA			

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 37 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA Y SECUELAS DE TRAUMA CRANEOENCEFALICO SEVERO QUE EN LOS ULTIMOS MESES HA PRESENTADO EPISODIOS DE AGRESIVIDAD POR LO QUE FUE VALORADO POR PSIQUIATRIA QUIEN INDICA TRASLADO A UNIDAD DE CUIDADO CRONICO PERO EN EPS ENVIAN PARA URGENCIAS PARA INICIAR TRAMITE DE REMISION DESDE ESTA INSTITUCION

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2019/01/09 Hora: 11:04

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

-0

CC ☐

DV

Código 1500100387

Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono 8 7405030

Indicativo

Número

Departamento:

BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

001

DATOS DEL PACIENTE

CARVAJAL

VEGA

NELSON

ALDEMAR

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐

Registro Civil

☐

Tarjeta de Identidad

☒

Cédula de Ciudadanía

☐

Cédula de Extranjería

☐

Pasaporte

☐

Adulto sin Identificación

☐

Menor sin Identificación

7179967

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento: 1981-02-04

Dirección de la Residencia Habitual:

CRA4A 9D 25

Teléfono:

3138416243

Departamento:

BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

NUEVA EPS-S

Código:

EPSS37

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, PACIENTE EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, COLABORADOR, ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL ESPONTANEO, ALERTA, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, AFECTO DE FONDO IRRITABLE, PENSAMIENTO CONCRETO, IRRELEVANTE, NO VERBALIZA DELIRIOS, NI IDEAS DE CORTE DEPRESIVO, HIPERPRXESICO, SENSOPERCEPCION SIN ALTERACIONES, INTROSPECCION NULA PROSPECCION INCIERTA, JUICIO COMPROMETIDO, SIN CONCIENCIA DE ENFERMEDAD.CON ALTERACIONES DEL PATRON DEL SUEÑO

Diagnóstico:

F232 TRASTORNO PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal

F069 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA Estado: Confirmado Repetido

Tipo: Relacionado

Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Z632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL APOYO FAMILIAR INADECUADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE

Motivos de remisión:

REFERENCIA

REMISION A USM ADULTOS

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03