

GRS-A102-DE-FT-323		Página: 1 de 1
REFERENCIA DE PACIENTES		Versión: 05
		Fecha: 2016-10-05

N° de Planilla 418	Fecha de radicación de la Referencia	DD	MM	AA
	Hora de radicación de la Referencia			
	Hora Militar			

TIPO DE USUARIO		TIPO DE REMISIÓN	
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>
3. Hospitalización <input type="checkbox"/>		3. Urgencias <input type="checkbox"/>	4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE			
Primer Nombre Andrea	Segundo nombre	Primer Apellido Domero	Segundo Apellido Castellanos
Fecha de Nacimiento: Día 06 Mes 12 Año 1984	SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Edad: Años 33 Meses 06 Días 12 Horas			
Tipo Documento CC	N° Identificación 32999959		
Dirección Residencia Cf 102 #155 - A			
Teléfono 3103048979	Localidad SUSA		

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)	
Nombre y Apellido Andrea Domero	Teléfono 3115658619
Dirección Residencia	

AFILIACIÓN SGSSS	
Subsidiado <input type="checkbox"/>	Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/>
Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/>
Entidad Administradora: SANTAS	

SOLICITUD DE REFERENCIA	
Fecha: Día 25 Mes 07 Año 2012	Edad gestacional (sem.)

Nombre del Procedimiento Solicitado		Código Servicio Solicitado CUPS	Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1. Hospitalización	890904					
2. Unidad Salud Mental	010101					
3. Nivel de Atención requerido:	I Nivel	II Nivel	III Nivel			

Anamnesis	
Intento suicida de este tipo de vida sin medidas de seguimiento	

Signos Vitales	
TA: 125/80 mmHg	FC: 80 x min
FR: 17 x min	TC: 36.5 °C
PESO: 60 Kg	Glasgow: 15 /15
SAT O2: 90 %	

Examen Físico	
Alerta orientada, euporica, afecta ante resonante, labil, pensamientos ideas depresivos po boca, crítica del intento. Subsecos. Socioeconómicos graves	

Resultados exámenes diagnósticos	
Ninguno	

Nombre del Diagnóstico		Código CIE10 de Diagnóstico	
1. Síndrome depresivo grave		F	3 22
2. Intoxicación ambulatorio medicinal			

Tratamientos y Complicaciones	
Clonazepam gotas 5 c/18h.	

MOTIVO REFERENCIA	
1. SERVICIO NO OFERTADO <input checked="" type="checkbox"/>	2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL <input type="checkbox"/>
3. FALTA DE INSUMOS <input type="checkbox"/>	4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS <input type="checkbox"/>
5. FALTA DE CAMAS <input type="checkbox"/>	6. CESE DE ACTIVIDADES <input type="checkbox"/>
7. EMERGENCIA SANITARIA <input type="checkbox"/>	8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL <input type="checkbox"/>
9. AUSENCIA DE CONVENIO <input type="checkbox"/>	10. DEVOLUCIÓN INJUSTIFICADA <input type="checkbox"/>
11. OTRO: Cuál: _____	

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA	
Nombre Maria Bobadilla	Profesión Psiquiatra
Registro 22862226	Firma [Firma]

DATOS ACEPTACIÓN DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACIÓN)	
FECHA DÍA _____ MES _____ AÑO _____	Hora Militar _____
Nombre _____	Especialidad _____
Punto de Destino Final _____	Funcionario de contacto _____

CANCELACIÓN DE LA REFERENCIA	
FECHA DÍA _____ MES _____ AÑO _____	Hora Militar _____
Nombre _____	Especialidad _____
Cargo _____	

MOTIVO DE CANCELACIÓN	
1. FUGA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/>	2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE <input type="checkbox"/>
3. DX NO CONCORDANTE <input type="checkbox"/>	4. SALIDA VOLUNTARIA <input type="checkbox"/>
5. PROBLEMAS ADMINIS DEL ASEGURADOR <input type="checkbox"/>	6. REMISIÓN NO PERTINENTE <input type="checkbox"/>
7. MEJORA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/>	8. ALTA DEL PACIENTE <input type="checkbox"/>
9. AUTORIZACIÓN VENCIDA <input type="checkbox"/>	10. CONDICIÓN CLÍNICA/PACIENTE NO TRASLADABLE <input type="checkbox"/>
11. AUTORIZACIÓN DEL SERVICIO <input type="checkbox"/>	12. MODIFICACIÓN DE LA REFERENCIA <input type="checkbox"/>
13. NO ACEPTACIÓN DE LA REMISIÓN POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA <input type="checkbox"/>	14. ASIGNACIÓN DE CAMA EN HOSPITALIZACIÓN <input type="checkbox"/>
15. OTRO <input type="checkbox"/>	Cuál: _____
Firma de quien cancela _____	

MARIA ANNEK BOBADILLA
PSIQUIATRA
R.M. 52.862.526

Fecha: 26/07/2018 10:22 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-CONSULTA URGENCIAS ADULTOS - Servicio: Urgencias

Nota de epicrisis - MEDICINA DE URGENCIAS

Resumen de la atención: Fecha: 26/07/2018 10:22

Evolución - MEDICINA DE URGENCIAS

Subjetivo: *** EVOLUCIÓN MEDICINA DE URGENCIAS 26/07/18***

Nombre: Andrea Romero Castellanos

Edad: 33 años

Cédula: 52999959

Eps: Sanitas - Contributivo

Paciente de 33 años de edad con diagnósticos de:

1- Intoxicación por antidepresivos tricíclicos

1. 1- Intoxicación por amitriptilina

2- Gesto suicida

3- Episodio depresivo sad person 4 pts

Subjetivo: Paciente refiere sentirse en buenas condiciones generales, niega cefalea, niega equivalentes anginosos, diuresis positiva

Objetivo:

Paciente consciente, alerta, afebril, hidratada, sin signos de dificultad respiratoria con signos vitales de:

Fc: 70 lpm Fr:16 rpm Sat:95 % T/A:120/ 70 mmhg T: 36. 5

Cabeza: escleras anictéricas, mucosa oral húmeda, cuello móvil no doloroso a la palpación profunda, no evidencia de masas no adenopatías cervicales

Cardiopulmonar: normoexpansible, ruidos cardiacos rítmicos no soplos, ruidos respiratorios conservados no agregados

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso a la palpación profunda, no evidencia de masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal

Extremidades: eutróficas, simétricas, no edemas, llenado capilar normal, pulsos distales normales

Neurológico: paciente alerta, orientada en 3 esferas mentales, no signos de focalización, no déficit sensitivo ni motor evidente

Análisis de resultados: 25/07/18

Hemograma: Leucos 13. 34 Neutro: 88. 30% (11. 78) Hb:16. 10 Hto:48. 30 Plaquetas:265

Cloro: 105 Creatinina 0. 97 Glucosa: 71. 0 Nitrógeno 13. 7 Potasio 3. 99 Sodio 139

EKG

26/07/2018

Ritmo sinusal, eje normal, Fc: 94, QTC:401 ms, no se aprecian lesiones isquémicas agudas o antiguas, no presencia de bloqueos o hemibloqueos.

25/07/18 06+45

Ritmo sinusal, eje normal, Fc: 75, QTC: 374 ms, no se aprecian lesiones isquémicas agudas o antiguas, no presencia de bloqueos o hemibloqueos.

24/07/18 19+30

Ritmo sinusal, eje normal, Fc: 78, QTC: 410 ms, no se aprecian lesiones isquémicas agudas o antiguas, no presencia de bloqueos o hemibloqueos.

Plan de manejo: Observación mujeres

L. ringer 80 cc/ hora

Omeprazol 40 mg IV cada día

Vigilancia clínica estricta

Retirar sonda

Control de signos vitales - Ac

Control electrocardiográfico 14+00

Pendiente traslado a unidad de salud mental.

Firmado Por: JORGE MARIO ZARATE OSPINA, MEDICINA DE URGENCIAS, Registro 14136346, CC 14136346