

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

3662

Fecha de radicación de la Referencia

18/02/2019 16:23:16

Hora de radicación de la Referencia

4:23:16 p. m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	10
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>
			2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>
			3. Urgente <input type="checkbox"/>
			4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	JUAN CAMILO PATIÑO FLOREZ	Identificación:	1070988174	1070988174	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	02/03/1999 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	19 Años \ 11 Meses \ 24 Días	AREA DE SERVICIO	KE10A17	INGRESO
Dirección:	BOSA	Teléfono:	8902942	Localidad	LOC. BOSA	
CC Cedula de Ciudadanía	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar		

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)

Responsable:	MARINA FLORES	Teléfono Resp:	8902942
Dirección Resp:	BOSA		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC_002_1 - EPS FAMISANAR CONTRIBUTIVO	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	S12710	KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY	2	F	B	0	2				
--	--------	---------------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	ME APUÑALARON					
	PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS REFIRIENDO MULTIPLES HERIDAS POR ARMA DE APARIENCIA PUNZANTE EN REGION DORSAL, ADICIONALMENTE REFIERE TRAUMA DE TOBILLO Y SE EVIDENCIA CAMBIOS INFLAMATORIOS LOCALES.					
Examen Físico:	PACIENTE CON 3 DIAS DE SINTOMAS PSICOTICOS, CON DROMOMANIA, DESORGANIZACION DE LA CONDUCTA SIN ANTECEDENTE DE ENFERMEDAD MENTAL, AL MOMENTO SIN LESIONES EN ORGANOS DE LOS SENTIDOS, SIN ALTERACION EN AUSCULTACION CARDIOPULMONAR, ABDOMEN NO DOLOR NO MASAS, NO DEFICIT NEUROLOGICO, CON EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES EN ESTUDIO.					
Signos Vitales	TA: 115/68	FC: 84 x Min	FR: 20 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 70,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE CON 3 DIAS DE DESORGANIZACION CONDUCTUAL, CON DROMOMANIA, CON IRRITABILIDAD, DURÓ 3 DIAS PERDIDO DEAMBULANDO POR LAS CALLES. SIN HISTORIA DE ENFERMEDAD MENTAL, SE SOLICITARON PARACLINICOS DE PRIMER EPISODIO PSICÓTICO
-------------------------------	---

MOTIVO REFERENCIA

1. Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7. Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐

2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐

11. Otro: ☐ Falta_Cama_IPS_Remite

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA DIA MES AÑO Hora Militar: Funcionario de Contacto Cargo: Punto de destino final:

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico MUÑOZ CHILITO DOUMER ADRIAN

Registro 80076139

No de Planilla

No de Solicitud

4467

Fecha de radicación de la Referencia

26/02/2019 09:43:40

Hora de radicación de la Referencia

9:43:40 a. m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	29
1. Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	1. Electiva	<input type="checkbox"/>
2. En Urgencias	<input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria	<input type="checkbox"/>
3. Hospitalización	<input type="checkbox"/>	3. Urgente	<input type="checkbox"/>
		4. Hospitalización	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	JUAN CAMILO PATIÑO FLOREZ	Identificación:	1070988174	1070988174	Sexo:	Masculino	
Fecha Nacimiento :	02/03/1999 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	19 Años \ 11 Meses \ 24 Días	AREA DE SERVICIO	KE10B02	INGRESO	519850
Dirección:	BOSA	Teléfono:	8902942	Localidad	LOC. BOSA		
CC Cedula de Ciudadania	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar			
PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)							
Responsable:	MARINA FLORES	Teléfono Resp:	8902942				
Dirección Resp:	BOSA						

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0	
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:				
Entidad Administradora	RC_002_1 - EPS FAMISANAR CONTRIBUTIVO	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros				

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICOS	F312
---	------

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	S12710	KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY	2	F	B	0	2				
--	--------	---------------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

I NIVEL:

II NIVEL:

III NIVEL:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	ME APUÑALARON
	PACIENTE MASCULINO DE 19 AÑOS DE EDAD QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS REFIRIENDO MULTIPLES HERIDAS POR ARMA DE APARIENCIA PUNZANTE EN REGION DORSAL, ADICIONALMENTE REFIERE TRAUMA DE TOBILLO Y SE EVIDENCIA CAMBIOS INFLAMATORIOS LOCALES.
Examen Físico:	PACIENTE SIN ALTERACION EN AUSCULTACION CARDIOPULMONAR CON ABDOMEN SIN MASAS NI DOLOR, SIN DEFICIT NEUROLOGICO FOCAL, EXTREMIDADES SIN LESION VASCULAR -ÓSEA NI ARTICULAR.
Signos Vitales	TA: 115/68 FC: 84 x Min FR: 20 x Min GlasGow: 15 TC: 0,0000 Peso: 70,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	
Ginecobstétricos:	G: 0 P: 0 A: 0 C: 0 Edad Gestante: 0 Sem FCF: 0 Alt Uterina: 0
<input type="checkbox"/> Actividad Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran	

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE CON PRIMER EPISODIO PSICÓTICO, EN QUIEN SE TIENE COMO DIAGNOSTICO DE TRABAJO UN TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN MANEJO CON OLANZAPINA 15MG NOCHE, PACIENTE QUEN TUVO MANEJO ANTIBIOTICO DE CELULITTIS EN MIEMBROS INFERIORES DURANTE 7 DIAS, SE DESCARTÓ COMPROMISO SISTÉMICO CON IMAGEN DIAGNOSTICA Y PARACLINICOS SERICOS. FUE VALORADO POR MEDICINA INTERNA QUIENES DAN MANEJO AMBULATORIO CON ANALGESIA. ORTOPEDIA DESCARTÓ FRACTURAS. REQUIERE MANEJO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL
-------------------------------	---

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado	<input type="checkbox"/>	3. Falta de Insumos	<input type="checkbox"/>	5. Falta de Camas	<input type="checkbox"/>	7.Emergencia Sanitaria	<input type="checkbox"/>	9. Ausencia de Convenio	<input type="checkbox"/>
2. Ausencia de Profesional	<input type="checkbox"/>	4. Falta de Equipos	<input type="checkbox"/>	6. Cese de Actividades	<input type="checkbox"/>	8. Requiere manejo otro nivel	<input type="checkbox"/>	10. Devolucion Injustificada	<input type="checkbox"/>
11. Otro:	<input type="checkbox"/>	Falta_Cama_IPS_Remite							

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA DIA MES ____ AÑO ____ Hora Militar: Funcionario de Contacto Cargo: _____ Punto de destino final: _____



Firma:
Datos del Pofesional que Realiza la Referencia
Medico MUÑOZ CHILITO DOUMER ADRIAN
Registro 80076139