


Recibo Remisión - P/a. 13:00. 07 OCT 2018

07 OCT 2018

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES	CÓDIGO: MI-SC-F-168-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	PÁGINA : 1 DE 2
		FECHA : 15/11/2017

Número de Planilla	Fecha de Referencia /Hora	ACTUALIZACIÓN	
		Fecha / Hora	

Tipo de Usuario				Tipo de Atención			
1. Ambulatorio	2. Urgencias	<input checked="" type="checkbox"/> 3. Hospitalización		1, Electiva	2. E. Prioritaria	3, Urgente	<input checked="" type="checkbox"/> 4, Hospitalización

Identificación del Paciente			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
OLIVERO		GARCES	CIZA

EDAD				SEXO		F. Nacimiento	12/07/1975	Documento No.	79916453	Tipo	CC
43	Años X	Meses	Días	M X	F	Dirección de Residencia					
Barrio		Localidad				Teléfono					

Persona Responsable del Paciente											
Nombre											
Dirección										Teléfono	


Afilación SGSSS											
Subsidiado	<input checked="" type="checkbox"/>	Clasf. Socioeco.	Nivel de SISBEN	1	2	3	4	5	6	Población Especial	
Contributivo		Particular	No Ficha							I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección	
Entidad Administradora	FAMISANAR		Otro Régimen							G. Indigente D. Desplazado O. Otro	

Solicitud de referencia											
Fecha	Día	07	Mes	10	Año	2018	Hora	12+29	AM	PM X	Edad Gestacional (sem)

Identificación de Instituciones											
Nombre de Procedimiento Solicitado	Código del Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Bodigo Punto de Atención Destino Inicial	Nombre punto de atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final						
VALORACION POR PSIQUIATRIA	8 9 0 2 04										

Anamnesis	<p>PACIENTE CON INTENTO SUICIDA POR LESION AUROINFLINGIDA EN REGION PREDORDIAL, YA VALORADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA QUIENES DESCARTARON COMPLICACIONES SCUNDARIARIAS Y DIERON DE ALTA POR SU SERVICIO, EN QUIEN SE ENCUENTRA PENDIENTE VALORACION POR PSIQUIATRIA DADO INTENTO SUICIDA, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SIN SINTOMAS DEPRESIVOS GRAVES, EN QUIEN SE CONSIDERA INCIAR TRAMITES DE REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA DADO NO DISPONIBILIDAD DE SERVICIO EN LA INSTITUCION. SE EXPLICA CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE COMPRENDER Y ACPETAR</p>
-----------	---

Examen físico	<p>O/ PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, CON ADECUADO PATRON RESPIRATORIO SV TA 125/86MMHG FC 60X' FR 18X' SAT 93% FIO2 21% C/C NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, CUELLO MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, SIN INGURGITACION YUGULAR NI REFLUJO HEPATOYUGULAR C/P TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, SIN TIRAJES, RESONANTE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, HERIDA EN REGION PRECORDIAL SUTURADA SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL ABD/ BLANDO, SIN DISTENSION, SIN DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS</p>
---------------	---

 Secretaría de Salud Subred Integrada de Servicios de Salud Norte E.S.E.	FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES	CÓDIGO: MI-SC-F-168-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	PÁGINA : 2 DE 2
		FECHA : 15/11/2017

INTESINALES PRESENTES, SIN MASAS NI MEGALIAS
 EXT/ SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR 2S, ADECUADA MOVILIDAD
 NEURO/ GLASGOW 15/15 ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, ISOCORIA NORMOREACTIVA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Resultados de Exámenes Diagnósticos	

Nombre del Diagnostico	Código de Dx			
INTENTO SUICIDA	Z	9	1	5

Tratamiento /Complicaciones	

Motivo de Referencia					
Servicio no Ofertado	X	Falta de insumos	Falta De Camas	Emergencia Sanitaria	
Ausencia de Profesional		Falta de equipos	Cese de Actividades	Otro	

Profesional que realiza la remisión / R.M. <i>Dr. Carlos Salazar</i> <i>Medico Cirujano - U.M.</i> <i>15/11/2017 13:33 A.M.</i>	Institución / Profesional que acepta la remisión	Fecha /Hora
--	--	-------------

CANCELACIÓN DE LA REMISIÓN			
Fecha y Hora		Profesional que Cancela	
Motivo de Cancelación			

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 79916453	
Paciente: OLIVERO GARCES CIZA	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 12/07/1975	
Edad y género: 43 Años, MASCULINO	
Identificador único: 2851210-2	Responsable: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMILIAR SAS - REGIME
Ubicación: SU-TRIAGE ADULTOS	Cama:
Servicio: Triage Adulto	

Página 1 de 1

Nota Aclaratoria:

La información a continuación transcrita son apartes tomados en fiel copia de la historia clínica del paciente para fines netamente administrativos. Para la toma de decisiones clínicas por favor remitirse al texto completo de la historia clínica, de conformidad con lo establecido en la legislación colombiana vigente.

Fecha: 07/10/2018 11:57 - Sede: 026-CENTRO ESPECIALIZADO-USS SUBA - Ubicación: SU-TRIAGE ADULTOS - Servicio: Triage Adulto
 Nota de epicrisis - CONS MEDICINA GENERAL

Resumen de la atención: Fecha: 07/10/2018 11:57

Evolución - CONS MEDICINA GENERAL

Subjetivo: PACIENTE REFIERE SENTIRSE BIEN, NIEGA DOLOR TORACICO, NIEGA DISNEA, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, NIEGA SINTOMAS DE TRISTEZA

Objetivo: O/ PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HIDRATADO, CON ADECUADO PATRON RESPIRATORIO

SV TA 125/86MMHG FC 60X' FR 18X' SAT 93% FIO2 21%

C/C NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSAS HUMEDAS ROSADAS, CUELLO MOVIL, SIN MASAS NI ADENOPATIAS, SIN INGURGITACION YUGULAR NI REFLUJO HEPATYUGULAR

C/P TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, SIN TIRAJES, RESONANTE, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, HERIDA EN REGION PRECORDIAL SUTURADA SIN SIGNOS DE INFECCION LOCAL

ABD/ BLANDO, SIN DISTENSION, SIN DOLOR A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, SIN MASAS NI MEGALIAS

EXT/ SIMETRICAS, EUTROFICAS, SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR 2S, ADECUADA MOVILIDAD

NEURO/ GLASGOW 15/15 ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, ISOCORIA NORMOREACTIVA, SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE.

Sin resultados nuevos

Análisis clínico y objetivos terapéuticos: PACIENTE CON INTENTO SUICIDA POR LESION AUROINFLINGIDA EN REGION PREDORDIAL, YA VALORADO POR EL SERVICIO DE CIRUGIA QUIENES DESCARTARON COMPLICACIONES SCUNDARIARIAS Y DIERON DE ALTA POR SU SERVICIO, EN QUIEN SE ENCUENTRA PENDIENTE VALORACION POR PSIQUIATRIA DADO INTENTO SUICIDA, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, SIN SINTOMAS DEPRESIVOS GRAVES, EN QUIEN SE CONSIDERA INICIAR TRAMITES DE REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA DADO NO DISPONIBILIDAD DE SERVICIO EN LA INSTITUCION. SE EXPLICA CONDUCTA AL PACIENTE QUIEN REFIERE COMPRENDER Y ACPETAR

IDX:

1. HERIDA POR ARMA CORTOPUNZANTE NO PENETRANTE EN TORAX ANTERIOR (HERIDA PRECORDIAL).
2. INTENTO SUICIDA.

PLAN:

- OBSERVACION HOMBRES
- DIETA NORMAL
- NO REQUIERE ACCESO VENOSO
- P/ VALORACION POR PSIQUIATRIA, PSICOLOGIA Y TRABAJO SOCIAL
- SS/ REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA DADO NO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO EN LA INSTITUCION
- CONTROL DE SIGNOS VITALES - AVISAR CAMBIOS.

Firmado Por: NATHALIA ZAYARY LUGO SALAZAR, CONS MEDICINA GENERAL, Registro 1018423763, CC 1018423763



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

COMPROBADOR DE DERECHOS

Secretaría Distrital de Salud

Seguimiento Administrativo Ente Territorial al R. Subsidiado - Fuente: Secretaría 07/10/2018

Ver	Ver	Ver	Consecutivo	Tipo Id.	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	F S
Datos	Estado	Nucleo	33884939	CC	79916453	GARCES	CIZA	OLIVERIO		49

Estado de Afiliación: Activo

Nivel 1	Exento de copagos y cuotas de recuperación por Nivel 1 (Artículo 14 de la Ley 1122 de 2007 y Artículo 2.4.20 del Decreto 780 de 2016)
Traslado	SIN DERECHO A TRASLADO NO HA CUMPLIDO EL TIEMPO MINIMO DE PERMANENCIA EN LA EPS - FECHA DE HABILITACIÓN DE TRASLADO A PARTIR DEL DÍA 30/11/2018

Mostrar Todos

Subsidiado Bogotá - ¡ Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDUA-ADRES - Fecha de corte: 30/09/2018

Tipo Id.	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	EPS-S	Estado
CC	79916453	GARCES	CIZA	OLIVERIO		FAMISANAR (M)	Activo

Consultar Historico Afiliados BDUA Bogotá D.C.

Contributivo Bogotá - ¡ Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDUA-ADRES - Fecha de corte: 30/09/2018

Sin Datos en el Régimen Contributivo

Secretaría Distrital de Salud

Cra 32 Nro. 12-81 Teléfono: (571) 3649090

Horario de Atención al Público:

Lunes a Viernes de 7:30 a.m. a 4:30 p.m.

NO DISPONIBLE - Fuente: NO DISPONIBLE - Fecha de corte:

No se encontraron registros

TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD

