ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

							. .	0010/0	*/0 <i>C</i> **	1000
INFORM	-∰^ ACIÓN DE	L PRESTADOR					Fech	a: 2018/04	‡/06 Hora:	15:09
		ITAL SAN RAFA		JA			NIT X 891800	231		-0
	~	~~		,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,			cc 🗍	***************************************		DV
Código	150010038	87		Dirección Prestador	: CRA 11 2	7 - 27 TUNJA - E	BOYACA			~~~~
Feléfono	8	7405030	************							
	Indicativo	Númei	0	Departamento:	BOYACA		15 Municipio:	TUNJA		001
				DAT	TOS DEL PAC	IENTE		***************************************		
	SANCE			MORENO		DIA	NA		ISABEL	***************************************
	Ter Apel	lido		2do Apellido		1er No	mbre		2do Nombro	<u> </u>
Tipo	Documento	de Identificació	п							
a construction of the cons	gistro Civil			Pasaporte			4	10574124	90	
	jeta de Ident			Adulto sin Id			Número d	ocumento d	e Identificació	n
Commence of the Commence of th	dula de Ciud dula de Extra			Menor sin Id	entificación		Fecha d	e Nacimient	o: 1995-11-	.27
		ncia Habitual:		CENTRO	***************************************			Tr	eléfono: 3133	
Departam		OYACA		***************************************	15	Maniainia	MIRAFLORES		elekonia, 13133	15455
		ABLE DEL PAC	O NI	EVA EPS-S		Municipio:	Código:	EPSS37		3 2433
	113,51 0115	ALL SIMME	.o. pro	EW EIB-0		······································	Courgo.	E1 3537		
				DATOS DE LA PERS	ONA RESPON	SABLE DEL P	ACIENTE			
NO TIENE	3		NO TI	ENE	т ом	TENE	****	NO TIENE		
Rej Tar Céd	i ler Ape Documento gistro Civil jeta de Ident dula de Ciud dula de Extra	o de Identificació idad adanía	n	2do Apellido Pasaporte Adulto sin Id Menor sin Id		1er No		Documento	2do Nombr	
Dirección	de la Reside	encia Habitual:		/ + + + + + + + + + + + + + + + + + + +				Т	eléfono:	
3epartam	ento:					Municipio:		!		
1 6 kg - 1 4	- 40	PRO	FESION	AL QUE SOLICITA LA	A REFERENC	IA Y SERVICIO	AL CUAL SE REN	MITE		V - + *
Vombre	MUNOZ	MENDOZA OMA	R HUMI	BERTO		Teléfono:	98	7.	105030 -	1
		***************************************		***************************************			Indicativo	N	úmero	Extensión
Servicio q	ue solicita la	referencia	Urgene	as PSIQUIATRIA	***************************************	****************	Teléfono Celular	-		
Servicio p	ara el cual s	e solicita la refe	encia	Hospitalización UN	IDAD SALUD	MENTAL	!	-L	1,,	
	i i i i i i i i i i i i i i i i i i i			INFORMAC	TÓN CLÍNICA	A RELEVANTE			-	
\namneşi:	St avatici.	·,								
REFIERE SUEÑO D DEAMBU	LA MAMA ISCURSO II LACION, D	COHERENTE (ESPUES DE EV	LE DICE ENTO RI	RO DE 8 DIAS DE EVO A LA MAMA QUE NO ELIGIOSO , AL PARECI DR URGENCIAS PARA	ES SU MAMA ER SUSPENDIO	A , QUE LE HICI O MEDICAMEN	IERON BRUJERIA I ITO RISPERIDONA	ARA ENFE POR LO C	RMARLA, 🕺	•
Sxpmen: F								***************************************		
Neurológi ONTENC AQUILA	CION MECA LIA, HIPERO	NICA EN DOS I QUINETICA, CO	UNTOS. N IDEAS	TE ORIENTADA EN TII MAL ALINEADA; LEN MAGICOMISTICAS Y ROSPECCION Y PROSI	NGUAJE CON ' DE AUTOREF	DISCURSO REI ERENCIA ACT	PETITIVO E INCOH IVAS, S/P NO IMPR	ERENTE, C ESIONA AI	ON TENDEN CINACIONES REALIDAD	ÇIA A LA SEN EL
	•		1)e. 10 a		a	C (\leq_{α}	. ता	361173

Contra Jessias Soulie

ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



p Proportion in the

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

							Feel	ia: 2018	3/04/06	Hora:	15:09
		L PRESTADOR PITAL SAN RAFAEI	. TUNJA			NIT CC	X 891800	0231			-0 DV
Código	15001003	87	Dirección Prestador:	CRA 11 2	7 - 27 TUNJA - 1		<u> </u>				
Teléjono	. 8	7405030			**************					***********	************
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	******	15	Municipio:	TUNJA		***************************************	001
			DATO	OS DEL PAC	CIENTE						
	SANCI	HEZ	MORENO		DLA	NA			1	SABEL 🗦	
	Ier Ape	llido	2do Apellido		ler No	ombre			2de	Nombre .	
Tipe	o Documento	o de Identificación									
Re	gistro Civil		Pasaporte					105741	2490		
Ta X, Cé	rjeta de Iden dula de Ciuc dula de Extr	ladania	Adulto sin Ider Menor sin Iden			444	Número d Fecha d	ocumento le Nacimie		ntificación 1995-11-27	
7.1		encia Habitual:	CENTRO		********				Teléfon	10: 313381	4996
Departan	iento: E	BOYACA		15	Municipio:	MIRA	AFLORES				15455
ENTIDAI	RESPONS	SABLE DEL PAGO	: NUEVA EPS-S		*****		Código:	EPSS37			
	,										. ,

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

		. I		IINISTERIO DE S STANDARIZA					2011	016.416.4		15.00
INFORM	ACIÓN DE	L PRESTADOR						Fech	a; 2018	3/04/06	Hora:	15:09
		PITAL SAN RAFAEL	TUNJA		***********		NIT	X 891800	231			-0
CAllen	1,5001,002	0.7]n!		Top a 11 3	AZ AZTINIA F	CC					DV
Código Teléfono	15001003 8	7405030	Direct	ción Prestador:	JCRA II 2	27 - 27 TUNJA - E	SOYAC					
reiciono	Indicativo	Número	Depar	tamento:	воуаса		15	Municipio:	TUNJA			[001
		I	[S DEL PAG	***************************************	J	.1				
	SANCI	IEZ	N	IORENO		DIA	NA			IS	ABEL	
	ler Ape	llido	2de	Apellido		1er No	mbre			2do	Nombre	
Re Tai	Documento gistro Civil jeta de Ident dula de Ciud dula de Extr	ladania		Pasaporte Adulto sin Ident Menor sin Ident				Número d Fecha d	10574 ocumento e Nacimi	de Ident	lificación 995-11-27	
Dirección	de la Reside	encia Habitual:	CENTRO							Teléfono	o: 3133814	1996
Departam	ento:	BOYACA		•••••	15	Municipio:	MIRA	FLORES			11-2-73	15455
ENTIDAD	RESPONS	SABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS	S-S				Código;	EPSS37			
Resumen	de la Evolu	ción:									1572	
EVOLUC												
S vo,		nálisis: RESPUESTA		ULTA PSIQUIATI	RIA: NOTA	RETROSPECT	IVA					
RELIGION OCUPAC	N: CATOLIC	AJA EN EL CAMPO	LORES								s. 	2.8
	telegation to										3	
AGITACIO EN LA AN COMPOR ESTA CO TORNAD MIS HERI	ON PSICOM NAMNESIS TAMENTA CIENDO Y O MAS, AGI MANAS LE	NA DE 22 AÑOS DE IOTORA, PENSAM SE ENCUENTRA C LES "SALE A LAS 3 LO QUE ESTA HAC RESIVA Y HA TENI HACEMOS BRUJE ABER HABLADO C	ENTO DESOR UADRO DE AI AM SUPUEST IENDO ES CO DO IDEAS MA RIA" FAMILIA	RGANIZADO. PROXIMADAME FAMENTE A TRA IN UNA PEINILLA GICOMISTICAS R REFIERE QUE	NTE 10 DL ABAJAR, P A DESTRO " ME AME DURANTI	AS DE EVOLUC ERO NI SIQUIER ZANDO EL PAN ENAZA, DICE QU E LA SEMANA S	IÓN, D RA SE I ITALOI JE ME GANTA	ADO POR AI PONE BIEN I N" IGUALEM VA A MATA , SALIA A CA	TERACI OS PAN ITNE RE R A MA	ONES TALONE FIERE QU CHETAZO	S, DICE QU JE SE HA OS PORQU	UE LO JE YO Y
DIÓ EGRI DESDE H SE SIENT HABIA PA	ESO CON (ACE UN A E BIEN Y N ASADO"	FECEDENTE DE ES CLOZAPINA DE 100 NÑO RISPERIDONA IO SE LOS TOMA, N DNAMIENTO DURA	MG 1/4 TAE 2 MG CADA ' QUE HACIA	3 CADA 24 ĤOR. 3 DIA, ROM IG UN TIEMPO LE I	AS, RISPEI UAL. ADM	RIDONA 2 MG C IINISTRACION	ADA REGU	12 HORAS , LAR DE LA	BIPERID MEDIC	ENO 2 M ACION . '	G EN LA N 'ELLA DIC	AAÑANA E QUE
FARMAÇ HOSPITA QUIRURO	DIÇOS: ESQ OLOGICOS LÀRÏOS: H. MCOS: NIEC	QUIZOFRENIA SIMP CCLOZAPINA, RIS ACE UN AÑO POR I GA IO REFIERE	PERIDONA, B		SICOSIS							
TOXICOS ALERGIC Plan de ins	: NIEGA OS: NIEGA mejo: PACII FA EXTERN		E 10 DIAS DE	EVOLUCION DA	ADOS POR	AGITACION PS	ICOMO	OTORA, CAM	BIOS CO	OMPORTA	ADA DE AMENTAL	ES,

MA... ADHERENCIA AL TRATAMIENTO . SE DECIDE HOSPITALIZAR POR PSIQUIATRIA , REAJUSTE EN LA MEDICACION, SE SOLICITAN PARACICINICOS Y REMISION A USM. SE HABLA CON FAMILIAR QUIEN REFIERE ESTAR DE ACUERDO, SE ACLARAN DUDAS QUIEN REFIERE

ENTENDER Y ACEPTAR, SE INFORMA SOBRE NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS

2.5

ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

									Fech	a: 20	18/04/06	Н	01.31	15:09
INFORM	IACIÓN DE	L PRESTADOR												
Nombre	E.S.E HOSP	ITAL SAN RAFAE	L TUNJA	777 PANADA AV			1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 -	ווא [X 891800	231				-0
************	·		***************************************					cc						ĐV
Código	15001003	87		Dirección Prestador:	CRA	11 2	7 - 27 TUNJA -	BOYACA	\					
Teléfono	., 8	7405030					***************************************							
dates to	Indicativo	Número		Departamento:	BOY	4CA		15	Municipio:	TUNJA	4			001
				DATO	S DEL	PAC	IENTE			**********				
	SANCE	IEZ		MORENO			DIA	NA				ISAB	EL	
and the second	Tèr Apel	lido		2do Apellido			1er No	mbre			20	do No	mbre	
Tipe	Documento	de Identificación												
Re	gistro Civil			Pasaporte						1057	412490			
	rjeta de Ident			Adulto sin Iden					Número d	ocumei	ito de Ido	entific	ación	•
, TOTALISMO	dula de Ciud			Menor sin Iden	tificació	5n								
***************************************	dula de Extra			***************************************		P#APE4 EPP1	********		Fecha d	e Macin	memo: 	199:	5-11-27	
Dirección	de la Reside	ncia Habitual:	CE	NTRO		r					Teléfo	mo:	31338149	96
Departam		OYACA				15	Municipio:	MIRAF	LORES	**********				15455
ENTIDAL	RESPONS	ABLE DEL PAGO	: NUE	VA EPS-S			<u> </u>	<u> </u>	Código:	EPSS3	37			
Diagnósti	co:							*****						
F206 ESQ	UIZOFRENI	A SIMPLE Estado:	Impresiór	i diagnóstica Tipo: Princ	ipal			*************	***************************************					
L280 LIQI R451 INQ	UEN SIMPLI DIETUD Y /	E CRONICO Estado AGITACION Estado	o: Confirm o: Confirm	nado nuevo Tipo: Relacio nado nuevo Tipo: Relacio	onado onado									-
	le remisión:							*********					:	
REFEREN		***************************************		PPV1010440141111111111111111111111111111		••••••	# P#3 P## V P# P# P# P# P# P#					~~~~		
REMISIO	N A USM	**************************************												<u> </u>
. `	i		FI	RMA Y REGISTRO DI	EL PRO	OFES	IONAL QUE F	EMITE		************				
<u>:</u>				.viv	\$88600×									
Fayer -	ort, Kr	A STATE OF THE STA			Militar.									
i Nagrati dikal	nation in	A THE CONTRACT OF THE PARTY OF	al Carro											
, , Kir	anne: 🗸 .								Reg	istro:	962-03			-i
t organis							~~~~~						*************	
3 27 (4)														
	3.5	ţ.												
Kurth Q														
A1	Fig. 5													
34 · · ·	: £													
	13													







IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE
Tipo y número de identificación: CC 1057412490
Paciente: DIANA ISABEL SANCHEZ MORENO
Fecha de nacimiento (cd/mrn/sasa): 27/11/1995 Edad y género: 22 Años, Fementino Identificador único: 600429 F Financiador, NUEVA EPS-S

Pagina 1 de

INFORME DE EPICRISIS

Ingreso del paciente

FYERTIK OF 14 INFORMACIÓN, MORIVO dE CORREUTA Y ERIPATIODAS ATUAT.
REFIERE LA MANA OLIVA ANGRENYO CLADACO DE 15 AL DE MOLLOCION CONSISTENTE EN AGITACION. AGRESIVIDAD. ALTERACION DEL
SUENO DISCURSO INCONEGENTE, LET JUEZ A LA MANA QUE KO ES SU MANÁ, QUE LE NICIERON BRUJERIA PARA, ENFERMANIA,
DEMBULJACION, DESPUES DE EVENTO RELIGIOSO, AL PARECETS AUSPENDIO MEDICAMENTO REPRESIDONA, POR LO CUAL LA TRAEN A
DEMBULJACION, DESPUES DE EVENTA Y LA REMITE ROPO INCERNOINS PARA HOSPITALIDAR POR CUADRO DE ESQUIZOFRENA Servicio de Ingreso: URGENCIAS Remitido de otra iPS: No Remitido Information of La Atención Inical Fechs y hara de ingresa: 05/04/2018 10:29 Número de ingreso: 600429 - 1

Revisión por sistemas.

Cabeza: Normal, Sistema Respiratorio: Normat

Patoiogicos Antecedentes actualizados en el sistema, pere la fecha 🗆 05/04/2018 Descripcion ESQUIZOFRENIA SIMPLELIQUEN SIMPLE CRONICO, GOPO, NO PLANIFICA

Examen fisico Farmacológicos

OLOZAPINA, RISPERIOONA SIPERIOUNO

Abdomen - Abdomen: Normal, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR ALA PALPACION, DIFUSA

Cabezz y Cuello - Bocz : Normai.

Oabeza y Guello - Cabeza: Normai

Cabeza y Cuello - Cuello: Normal.

Caseza y Cuello - Ganglios Lintáticos: Norman

Capeza y Cuello - Nariz: Normali.

Cabezz y Cuello -Oldos Normal

Cabeza y Cuello - Ojos: Normal.

Genitourinano - Genitourinario: Normal.

Inspección General - Inspección general; Normal BUEN ESTADO GENERAL

Müsculo Esqueletica - Columna: Normal

Músculo Esquelético - Extremidades infeneres: Normat.

Músovio Esquelético - Extremidades Superiores: Normal.

Neurológico y Mental - Neurológico y Mental: Normal.

Neurològico y Mental - Reflejos: Normal

Piot y Faneras - Piet y Faneras: Normat.

Terax - Corazón , Normal, RUIDOS CARQUACOS RITMICOS

Totak - Pulmones: Normal, RUIDOS RESPIRATORIOS AUDIBLES

Torax - Torax Normai

PA Satolica (minthg): 110, PA Olastolica (minthg): 70, Presión anería: media (minthg): 80, Freduencia cardiaca (LaUmin): 80, Freduencia respiratora (Repolimin): 16, Frenperatura (*O): 36, Saturación de oxígeno (%): 93, Freduencia rispirada de oxígeno (%): 21

Displication alingteso

Firmado electrónicamente Documento Impreso al dia 07/04/2018 13:18:38





Paciente: DIANA ISABEL SANCHEZ MORENO Fecha de nacimiento (dd/mm/adaa): 27/11/1995 JOENTIFICACIÓN DEL PAGIENTE
Tipo y número de identificación: CC 1057412490

Financiador NUEVA EPS-S

Edad y género: 22 Años, Femenino Identificador único: 606429 F

Pagina 2 de s

INFORME DE EPICRISIS

Diagnostico principal ESOUZOFRENIA CIMPLE PROSPRACIÓN DE LA ATENCIÓN PRICAL

Codige F206

Otros diagnósticos de ingreso

Charge 280 CIQUEN SIMPLE CRONICO Descripción del dispretation

Ezza%c

Confirmace

(n 1200)

impresión diagnóstica

REFERE LA MAMA OLIVA MORENO CUADRO DE 8 DIAS DE EVOLÚCION CONSISTRATE EN AGITACION. AGRESIVIDAD, AL TERACION DEL SUEÑO DISCURSO INCOMERENTE (LE DICE A LA MAMA CIEN DE SE UNMANA), QUE LE HICERON BRUJERIA PARA ENFERIMARIA. DEAJEULACION, DESPUES DE EVENTO RELIGIOSO. LA PARECER SUSPENDIO MEDICANENTO RISPERIDONA, POR LO CUALLA TRAENA CONS ENTERNA DE PEIQUIATRIA Y LA REMITE POR URGENCIAS PARA HOSPITALIZAP POR CUADRO DE ESQUIZOFRENIA

SS VALORACION FOR PSIQUIATRIA

resumende la atención del paciente, diagnósticos y tratamiento

decimen general us la extencia del pacionie

FechalOSO4/2018 11148 Trage medico - MEDICO GENERAL Metivo de Consuke: REMITIDA DE MIRAIFLORES

Dagnósicos activos después de la nota: F206 - ESQUIZOFRENIA STAPILE | L289 - LIQUEN STAPILE GRONICO Casticación del mage: "FRIAGE H

echa: 05/04/2018 11:54

Nala de Ingreso e Servielo - MEDICIO GENERAL. Marko de Consular REMITIDA DE CONS. EXTERNA Marko de Consular REMITIDA DE CONS. EXTERNA Enternodad saular JEREPEZ LA MAMA OLIVA MORRINO CUADRO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSIGITENTE EN ACITACION , ACRESIVIDAD , ENTERNODA DEL CALEÑO DISCURSO INCOHERENTE (LE DICE A LA MAMA OLIVE LOS MAMA , CUELLE HOTERON BRAJERIA PARA ALTERACIONA DEL CALEÑO DISCURSO INCOHERENTE (LE DICE A LA MAMA OLIVE DE SENDIO AMENTO RESPECTORA, POR LO CUAL LA TRAJEN A CONS EXTERNA DE PSIQUIATRIA Y LA REMITE POR URGENDAS PARA HOSPITALIZAR POR CUADRO DE ESQUIZOFRENIA

isión por sistemas;

stema Respiratorio: Normal

Presión arterial (mmHg): 110/70, Presión arterial media(mmHg): 83 requencia cardiaca: 80

ecuencia respiratoria: 18

uración de oxigens, 33

racción inspirada de oxigeno. 21 Examen Físico:

inspección peneral : BLIEN ESTADO GENERAL Cabeza y Cuello Cabeza : Normal

Ojos : Normai Ojos : Normai Nariz : Normai Boca : Normai Genglios Lintáticos : Normai Cuelo : Normai

Torax : Normal Marmas : No Evaluado Conzota : RUIDOS CARDIACOS RITMICOS Pulmones : RUIDOS RESPIRATORIOS AUDIBLES

AXXX MENTE DEPRESIBLE NO DOLOR ALA FALFACION DIFUSA Ginecoosxemo

Firmado electronicamente

Documento impreso al día 07/04/2018 13:18:38





masumado Camaro a e cumoro	
ş	ARRITATION

The state of the s	4				***************************************
identificador unico	Edad y género; 22	Fecha de nacimie	Paciente: DIANA	Tipo y número de	

echa de nacimiento (cd/mm/sasa): 27/11/1985	acente: DIANA ISABEL SANCHEZ MOREVO	po y riúmero de identificación: CC 1057412490		
			3	

Años, Femerino

BE0429 Financiador: NUEVA EPS-S

Pagina 5 de 5

INFORME DE EPICRISIS

Otros medicamentos

355 30
7.
10.0
14.75
-0.00
117
1.2
77
. 44
1.0
2.2
14

- 22
O
. 0
- 22
- 2
- 12
5~
199
. 93
- 60
**
.:□
1
4.5
.2
3
35
3316
353100
osticos
osticos
soors:
S SOSIESC
STICOS Y II
OSTICOS Y TRA
OSTICOS Y TEA
STICOS Y TRAIL
SHOOS Y HARIA
WENT A SOURSE
CHARLEMAN A SOCIESC
SHAPINE A SOOKSE
NEW PARTY A SOURSE
osticos y ika: amient
CHATTERS NOT A SOCIEC
CHATTER TRY A SOCIEC
CHATTER PAIL A SCOTLSC
CHATTER PRINTS
CHARTENIA A SOCIES
CHARMENS A SOCIECE
CHARMEN A SOCIES
CONTRACTOR A SOCIES
OSTICOS Y TRALAMIENTO
OSTICOS Y TRALAMIENTO
OSTICOS Y TRALAMIENTO
CHAINFRAINN A SCOILSC
DESTICOS Y TEAST AMBIENTO
OSTICOS Y TRACIAMIENTO
OSTICOS Y TRALLAMIENTO
OSTICOS Y TRACIAMIENTO
OSTICOS Y TRALLAMIENTO
OSTICOS Y TRANSMINIO
OSTICOS Y TRACIAMIENTO
OSTICOS Y TRANSMIENTO
OSTICOS Y IRALAMIENTO
OSTICOS Y TRATAMIENTO
OSTICOS Y IRANIAMIENTO
OSTICOS Y TRAITAMENTO
PERCURENCE LA ATENCIÓN DEL PACENTE, DIAGNÓSTICOS Y, HEALAMIENTO

HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INVECTABLE LOPAZERAM 1 MG TABLETA
SISPERIDONA 2 MG TABLETA RECUBIERTA

CONDIGIONE SPRINGINES I IN SHIDM:
PADENTE EN SU SEGUNDO DIA DE MOSPITALIZACION POR ESCULZOFRENIA CON SINTOMAS NEGATIVOS, OAMBIOS CONDUCTUALES Y
CONDUCTAS DE HETEROAGRESINDAD QUEN NO HA PRESENTADO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. EN EL MOMENTO PADIENTE
SETAGLE HERODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIRE, TOLERANDO YA ORANDO YA ORANDE CON CONTENCIÓN
NECANICA TRAS EMPRODIO DE AGITTOM PROCOMOTORA, SE ENCLENTRA CON ANTIPISCOTIO PRISERPENDANI, PARA MANGLIO DE SUS
SINTOMAS, PENDIENTE REMISION A USM, SE CONTINUA IGUAL MANGLO, ACEPTADA EN CLINICA EMANUEL SE HÁCE EGRESO.

F206 - ESCUIZOFRENIA SIMPLE
Remitudo a otra (PS: S: Diagnóstico principal de egreso INTERNACION, URGENCIAS

Unidades de estancia del paciente

Servicio de egreso: ESTANCIA GEVERAL

Médico que elabora el egraso.

JUAN CARLOS ALBA MALDONADO, ESIQUIATRIA, Registro 151631-2004, CC 7176598