

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 2

Fecha de Solicitud

18 9 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso: Cama:

17/09/2018

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: STIVEN LEONARDO DIAZ NIÑO

Sexo: Masculino

Edad: Dias: Meses: Años: 15 Dirección Residencia: CALLE 7B N 15A 09

T.D. TI Nro. Identificación: 1002394320

Zona: Urbano X Rural Teléfono: 3124555801

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: NOBSA

Seguridad Social en Salud: Contributivo

E.P.S.: NUEVA EPS-S -- Hospitalizad Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S.

Nivel Socioeconómico Nivel 1

A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN

Nivel Socioeconómico

D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

## AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO DE 15 AÑOS DE EDAD CON HISTORIA HACE 4 AÑOS DE SEVERAS ALTERACIONES COMPORTAMENTALES MAL RENDIMIENTO ESCOLAR REALIZO HASTA 3 PRIMARIA NO QUISO VOLVER AL COLEGIO, HACE 3 AÑOS DESESCOLARIZADO. CONDUCTAS DE HURTO Y PANDILLAS. INTENTOS DE HOMICIDIO. CORTES EN ANTEBRAZOS. AGREDE A TRANSEUNTES SE VE INMERSO EN CONSTANTES PELEAS EN LA CALLE. GOLPEA A LA MAMA HA INTENTANTADO MATARLA CON CUCHILLOS DESTORNILLADORES AL IGUAL QUE A OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA. MADRE DESCONOCE CONSUMO DE SPA. NO RECONOCE FIGURAS DE AUTORIDAD. NO SEGUIMIENTO DE REGLAS NI LIMITES, MADRE ANSIOSA DEPRESIVA EXTREMADAMENTE PERMISIVA. LA MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE PRESENTA SOLILOQUIOS. NUNCA HA RECIBIDO TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA. NO SE DESCARTA INTELIGENCIA LIMITROFE-BAJA. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE AUTO HETEROAGRESIÓN Y AGITACIÓN, REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE INICIA TRATAMIENTO CON RISPERIDONA TAB 2 MG 1-0-1 SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM.

## DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: TRASTORNO DE LA CONDUCTA INSOCIABLE

F911

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

## Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐

3. Falta de Equipo(s)

☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

☐

5. Requiere otro nivel de atención

☒

6. Voluntario

☐

7. Otro

☐

## INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

Fecha Salida del Paciente

18 9 2018

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☒

Hospitalización

☐

Otro

## EVOLUCION

Fecha:



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable