

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

**Fecha:** 2018/07/03    **Hora:** 13:51

#### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

|                                   |                   |               |                             |  |    |                   |            |
|-----------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|--|----|-------------------|------------|
| <b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A. |                   |               |                             | <b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/> 890703630 |    | <b>-7</b>         |            |
|                                   |                   |               |                             | <b>CC</b> <input type="checkbox"/>                       |    | <b>DV</b>         |            |
| <b>Código</b>                     | 730010105001      |               | <b>Dirección Prestador:</b> | CRA. 1 NO. 12-22   |    |                   |            |
| <b>Teléfono</b>                   | 8                 | 2708000       |                             |  |    |                   |            |
|                                   | <b>Indicativo</b> | <b>Número</b> | <b>Departamento:</b>        | TOLIMA   | 73 | <b>Municipio:</b> | IBAGUE 001 |

#### DATOS DEL PACIENTE

|   |                       |                     |  |                           |                |   |                          |
|---|-----------------------|---------------------|--|---------------------------|----------------|---|--------------------------|
| CASTRO                                      |                       | RAMOS               |  | GLORIA                    |                | NO TIENE                                  |                          |
| <b>1er Apellido</b>                         |                       | <b>2do Apellido</b> |  | <b>1er Nombre</b>         |                | <b>2do Nombre</b>                         |                          |
| <b>Tipo Documento de Identificación</b>     |                       |                     |  |                           |                |   |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | Registro Civil        |                     | <input type="checkbox"/>                     | Pasaporte                 |                | 38256046                                  |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | Tarjeta de Identidad  |                     | <input type="checkbox"/>                     | Adulto sin Identificación |                | <b>Número documento de Identificación</b> |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>         | Cédula de Ciudadanía  |                     | <input type="checkbox"/>                     | Menor sin Identificación  |                | <b>Fecha de Nacimiento:</b> 1953-10-18    |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | Cédula de Extranjería |                     |  |                           |                |   |                          |
| <b>Dirección de la Residencia Habitual:</b> |                       |                     | CALLE113 N 50 50 BARRIO SAN FRANCISCO APARCO |                           |                |   | <b>Teléfono:</b> 2691439 |
| <b>Departamento:</b>                        | TOLIMA                |                     | 73   | <b>Municipio:</b>         | IBAGUE         |   | 73001                    |
| <b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>        |                       |                     | NUEVA EPS S.A.                               |                           | <b>Código:</b> | EPS037                                    |                          |

#### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

|   |                       |                     |  |                           |  |  |                          |
|---|-----------------------|---------------------|--|---------------------------|--|--|--------------------------|
| NO TIENE                                    |                       | NO TIENE            |  | GLORIA                    |  | CASTRO RAMOS                           |                          |
| <b>1er Apellido</b>                         |                       | <b>2do Apellido</b> |  | <b>1er Nombre</b>         |  | <b>2do Nombre</b>                      |                          |
| <b>Tipo Documento de Identificación</b>     |                       |                     |  |                           |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | Registro Civil        |                     | <input type="checkbox"/>                     | Pasaporte                 |  | 38256046                               |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | Tarjeta de Identidad  |                     | <input type="checkbox"/>                     | Adulto sin Identificación |  | <b>Número Documento Identificación</b> |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/>         | Cédula de Ciudadanía  |                     | <input type="checkbox"/>                     | Menor sin Identificación  |  |  |                          |
| <input type="checkbox"/>                    | Cédula de Extranjería |                     |  |                           |  |  |                          |
| <b>Dirección de la Residencia Habitual:</b> |                       |                     | CALLE113 N 50 50 BARRIO SAN FRANCISCO APARCO |                           |  |  | <b>Teléfono:</b> 2691439 |
| <b>Departamento:</b>                        |                       |                     |  | <b>Municipio:</b>         |  |  |                          |

#### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

|  |                             |  |                         |               |                  |  |
|--|-----------------------------|--|-------------------------|---------------|------------------|--|
| <b>Nombre</b>  | FABIO ALEXANDER SUAREZ RUIZ |  | <b>Teléfono:</b>        | 098           | 2708000          |  |
|  |                             |  | <b>Indicativo</b>       | <b>Número</b> | <b>Extensión</b> |  |
| <b>Servicio que solicita la referencia</b>             | Urgencias MEDICINA GENERAL  |  | <b>Teléfono Celular</b> |               |                  |  |
| <b>Servicio para el cual se solicita la referencia</b> | Urgencias PSIQUIATRIA       |  |                         |               |                  |  |

#### INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

#### Anamnesis:

ANSIEDAD  
TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR CO SINTOMAS PSICOTICS Y ANSIEDAD

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

**Fecha:** 2018/07/03    **Hora:** 13:51

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

|                                   |                   |                             |                      |  |           |
|-----------------------------------|-------------------|-----------------------------|----------------------|--|-----------|
| <b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A. |                   |                             |                      | <b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/> 890703630 | <b>-7</b> |
|                                   |                   |                             |                      | <b>CC</b> <input type="checkbox"/>                       | <b>DV</b> |
| <b>Código</b>                     | 730010105001      | <b>Dirección Prestador:</b> | CRA. 1 NO. 12-22     |  |           |
| <b>Teléfono</b>                   | 8                 | 2708000                     |                      |  |           |
|                                   | <b>Indicativo</b> | <b>Número</b>               | <b>Departamento:</b> | TOLIMA   | 73        |
|                                   |                   |                             | <b>Municipio:</b>    | IBAGUE   | 001       |

**DATOS DEL PACIENTE**

|  |  |   |                          |
|--|--|---|--------------------------|
| CASTRO   | RAMOS  | GLORIA                                    | NO TIENE                 |
| <b>1er Apellido</b>                                      | <b>2do Apellido</b>                                | <b>1er Nombre</b>                         | <b>2do Nombre</b>        |
| <b>Tipo Documento de Identificación</b>                  |  |   |                          |
| <input type="checkbox"/> Registro Civil                  | <input type="checkbox"/> Pasaporte                 | 38256046                                  |                          |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad            | <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación | <b>Número documento de Identificación</b> |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación  | <b>Fecha de Nacimiento:</b> 1953-10-18    |                          |
| <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería           |  |   |                          |
| <b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>              | CALLE113 N 50 50 BARRIO SAN FRANCISCO APARCO       |   | <b>Teléfono:</b> 2691439 |
| <b>Departamento:</b>                                     | TOLIMA   | 73  | <b>Municipio:</b> IBAGUE |
|  |  |   | 73001                    |
| <b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>                     | NUEVA EPS S.A.                                     |   | <b>Código:</b> EPS037    |

**Examen Físico:**

ABDOMEN  
ABDOMEN: Normal  
ASPECTO GENERAL  
ASPECTO: Normal, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL HIDRATADO CONCIENTE, ALERTA, NORMOCEFALO, ORL SIN ALTERACION MUCOSAS ORALES HIDRATADAS ROSADAS, PINR ESCLERAS ANICTERICAS, CUELLO NORMAL, TORAX CON RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS MV LIMPIO SIN AGREGADOS PULMONARES SIN TIRAJES U OTRA ALTERACION, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS NIMEGALIAS, NO IRRITACION PERITONEAL, EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMAS, NEUROLOGICO SIN DEFICIT. GLASGOW 15/15  
ORL/SENTIDOS: Normal  
PIEL Y ANEXOS: Normal  
CADERA Y PELVIS  
CADERA-PELVIS: Normal  
COLUMNA  
COLUMNA: Normal  
CUELLO  
CABEZA-CUELLO: Normal  
GASTROINTESTINAL  
GASTROINTESTINAL: Normal  
GENITALES  
GENITO-URINARIO: Normal  
MIEMBROS  
EXTREMIDADES: Normal  
NEUROLOGICO  
NEUROLOGICO: Normal, NEUROLOGICO SIN DEFICIT. EMD ADECUADO PORTE CON ACTITUD RETADORA, COLABORA PARCIALMENTE CON LA ENTREVISTA, HIPERPROSEXIA, CON PRESENCIA DE FUGA DE IDEAS, MIRADA FIJA EN OCASIONES, TAQUIPLALICA, DOMOMANIA E HIPERQUINETICA, CON AFECTO PLANO NO MODULADO SIN CONTRATRANSFERENCIA NO RESONANTE, CON IDEAS SOBREALORADAS DE MINUSVALIA, Y DESAPEGO, MIEDO IRRACIONAL, SIN IDEAS DELIRANTES O ALUCIONACIONES PERO CON CRISIS PSICOSIS POR PERSECUSION, FMS COMPROMETIDAS, CON IYP POBRES.  
TORAX  
TORAX: Normal

**Fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico:**

PENDIENTE

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

**Fecha:** 2018/07/03    **Hora:** 13:51

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

|                                   |                   |               |                             |  |           |
|-----------------------------------|-------------------|---------------|-----------------------------|--|-----------|
| <b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A. |                   |               |                             | <b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/> 890703630 | <b>-7</b> |
|                                   |                   |               |                             | <b>CC</b> <input type="checkbox"/>                       | <b>DV</b> |
| <b>Código</b>                     | 730010105001      |               | <b>Dirección Prestador:</b> | CRA. 1 NO. 12-22   |           |
| <b>Teléfono</b>                   | 8                 | 2708000       |                             |  |           |
|                                   | <b>Indicativo</b> | <b>Número</b> | <b>Departamento:</b>        | TOLIMA   | 73        |
|                                   |                   |               | <b>Municipio:</b>           | IBAGUE   | 001       |

**DATOS DEL PACIENTE**

|   |                       |                     |  |                           |                |   |         |
|---|-----------------------|---------------------|--|---------------------------|----------------|---|---------|
| CASTRO                                      |                       | RAMOS               |  | GLORIA                    |                | NO TIENE                                  |         |
| <b>1er Apellido</b>                         |                       | <b>2do Apellido</b> |  | <b>1er Nombre</b>         |                | <b>2do Nombre</b>                         |         |
| <b>Tipo Documento de Identificación</b>     |                       |                     |  |                           |                |   |         |
| <input type="checkbox"/>                    | Registro Civil        |                     | <input type="checkbox"/>                     | Pasaporte                 |                | 38256046                                  |         |
| <input type="checkbox"/>                    | Tarjeta de Identidad  |                     | <input type="checkbox"/>                     | Adulto sin Identificación |                | <b>Número documento de Identificación</b> |         |
| <input checked="" type="checkbox"/>         | Cédula de Ciudadanía  |                     | <input type="checkbox"/>                     | Menor sin Identificación  |                | <b>Fecha de Nacimiento:</b> 1953-10-18    |         |
| <input type="checkbox"/>                    | Cédula de Extranjería |                     |  |                           |                |   |         |
| <b>Dirección de la Residencia Habitual:</b> |                       |                     | CALLE113 N 50 50 BARRIO SAN FRANCISCO APARCO |                           |                | <b>Teléfono:</b>                          | 2691439 |
| <b>Departamento:</b>                        | TOLIMA                |                     | 73   | <b>Municipio:</b>         | IBAGUE         | 73001                                     |         |
| <b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>        |                       |                     | NUEVA EPS S.A.                               |                           | <b>Código:</b> | EPS037                                    |         |

**Resumen de la Evolución:**

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDAD NEUROLOGICO SIN DEFICIT. EMD ADECUADO PORTE CON ACTITUD RETADORA, COLABORA PARCIALMENTE CON LA ENTREVISTA, HIPERPROSEXIA, CON PRESENCIA DE FUGA DE IDEAS, MIRADA FIJA EN OCASIONES, TAQUIPLALICA, DOMOMANIA E HIPERQUINETICA , CON AFECTO PLANO NO MODULADO SIN CONTRATRANSFERENCIA NO RESONANTE, CON IDEAS SOBREVALORADAS DE MINUSVALIA, Y DESAPEGO, MIEDO IRRACIONAL, IYP NULAS, TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR CO SINTOMAS PSICOTICS Y ANSIEDAD

**Diagnóstico:**

F411 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Relacionado  
K590 CONSTIPACION Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Relacionado  
F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Principal

**Complicaciones:**

RIESGO DE FUGA, AGITACION PSICOMOTORA

**Tratamientos Aplicados:**

ESCITALOPRAM CLONACEPAM, RANITIDINA , CLOZAPINA , HALOPERIDOL

**Motivos de remisión:**

REFERENCIA  
PACIENTE CON DEPRESION MIXTA ASOCIADO A EPISODIO PSICOTICO CON ANSIEDAD SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA  
TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR CO SINTOMAS PSICOTICS Y ANSIEDAD

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Registro:** 1110510892