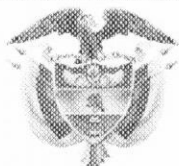


## ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES


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

Fecha: 2018/07/25 Hora: 12:21

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

## DATOS DEL PACIENTE

BELTRAN	CARABUENA	BRAYAN	ORLANDO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		1002565148 Número documento de Identificación	
		Fecha de Nacimiento: 2002-04-09	
Dirección de la Residencia Habitual:		VENTAQUEMADA	
		Teléfono:	3108508600
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: VENTAQUEMADA 15861
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	
		Código:	EPSS37

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Número Documento Identificación	
Dirección de la Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:		Municipio:	

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

Nombre	MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO	Teléfono:	98	7405030
		Indicativo	Número	Extensión
Servicio que solicita la referencia	Hospitalización PSIQUIATRIA		Teléfono Celular	
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización PSIQUIATRIA			

## INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/07/25 Hora: 12:21

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
Código		1500100387		CC	<input type="checkbox"/>		DV
Dirección Prestador:		CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA					
Teléfono	8	7405030					
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

### DATOS DEL PACIENTE

BELTRAN	CARABUENA	BRAYAN	ORLANDO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		1002565148 Número documento de Identificación	
Fecha de Nacimiento: 2002-04-09			
Dirección de la Residencia Habitual:		VENTAQUEMADA	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: VENTAQUEMADA
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	
Código:		EPSS37	

### Anamnesis:

PROCEDENTE: TUNJA

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS, INGRESA POR CUADRO CLINICO APROXIMADAMENTE DE 30 MINUTOS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TRAUMA CONTUNDENTE CON ARMA CORTOPUNZANTE EN REGION PRECORDIAL EN LINEA MEDIA, SIN SANGRADO ACTIVO.

### ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: NIEGA  
QUIRURGICOS: NIEGA  
FARMACOLOGICOS: NIEGA  
ALERGICOS: NIEGA  
TOXICO-ALERGICOS: CIGARRILLO

### Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, PACIENTE ORIENTADO GLOBALEMTE, ALERTA, COLABORADOR PORTE DESLIÑADO, MEMORIA CONSERVADA, EULALICO, EUPSIQUICO, PENSAMIENTO LOGICO, COHERENTE SIN ALTERACION DEL CURSO Y CONTENIDO, NO DELIRANTE, NO IDEA DE CORTE DEPRESIVO, INSISTENTE CON EGRESO, AFECTO ALGO ANSIOSO, ADECUADO PATRON DE SUEÑO, ADECUADA ALIMENTACION, SIN ALTERACION EN LA SENSOPERCEPCION, INTROSPECCION POBRE, NO RECONOCE IMPACTO DE SU CONSUMO, PROSPECCION INCIERTA, JUICIO DE REALIDAD CONSERVADO, NO AGITACION PSICOMOTORA. NO SX DE PSICOSIS, CONDUCTA MOTORA ADECUADA

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/07/25 Hora: 12:21

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
Código		1500100387		CC	<input type="checkbox"/>		DV
Dirección Prestador:		CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA					
Teléfono	8	7405030					
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

### DATOS DEL PACIENTE

BELTRAN	CARABUENA	BRAYAN	ORLANDO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1002565148	
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2002-04-09	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		VENTAQUEMADA	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: VENTAQUEMADA
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	
Código:		EPSS37	

### Resumen de la Evolución:

#### EVOLUCIÓN

Fecha: 25/07/2018 11:47

Subjetivo, objetivo y análisis: PSIQUIATRIA -NOTA RETROSPECTIVA

PTE DE 16 AÑOS HOSPITALIZADO CON DX

Z864 - HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, TX MENTALES Y DE LA CONDUCTA SECUNDARIOS.

Z638 - OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO.

S211 - HERIDA DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX,

NOTA DE TRABAJO SOCIAL " SE PRESENTA EN LA ESE HSRT DR. HAROLD LOPEZ - DEFENSOR DE FAMILIA ICBF - CESPA, JUNTO CON EQUIPO INTERDISCIPLINARIO, A FIN DE REALIZAR VERIFICACION DE DERECHOS AL PACIENTE; EN REUNION CON MENCIONADO GRUPO, PROGENITORA DEL PACIENTE Y TRABAJO SOCIAL HSRT; EL DEFENSOR DE FAMILIA BAJO SU COMPETENCIA ADMINISTRATIVA, COMENTA QUE EL RIESGO EN CALLE ES MUY ALTO, ADEMÁS SUSTENTA QUE EL CONSUMO DE SPA NO SOLO ES DE THC, ADEMÁS QUE SE ADELANTRAN PROCESOS DE RESPONSABILIDAD PENAL POR PRESUNTOS DELITOS ASOCIADOS A LAS SPA, SOLICITA SEA HOSPITALIZADO Y SE GESTIONE REMISION PARA TRATAMIENTO INTRAMURAL PARA MANEJO DE ADICCIONES, DONDE APOYARA DICHA GESTION.

SE ADJUNTA ACTA EN HISTORIA CLINICA (ESCANEO). FINALMENTE LA MADRE, SE COMPROMETE HACER ACOMPAÑAMINETO PERMANENTE. SE CONTINUA SEGUIMIENTO SOCIAL"

S/PTE NIEGA TX DE LA CONDUCTA, SX DE DEPRIVACION O DESEOS DE CONSUMO, NIEGA SINTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS, PSICOTICOS, IDEAS DE AUTO

-HETEROAGRESION, NI ALTERACIONES DEL PATRON DE SUEÑO O DE ALIMENTACION, INSISTENTE DE CON SU EGRESO.

Plan de manejo: PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA, QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR TRAUMA CONTUNDENTE DE TORAX POR ARMA CORTOPUNZANTE, AL SER VICTIMA DE HURTO, CON HISTORIA PERSONAL DE CONSUMO DE SPA DE MARIHUANA DESDE HACE 1 AÑO, SEGUN INFORME DE DEFENSOR DE FAMILIA, USO DE OTRAS SPA, TX DE LA CONDUCTA, POBRE RED DE APOYO, POR LO QUE SOLICITAN INGRESO HOSPITALARIO, PARA REMISION A CAD. EL DIA DE HOY NIEGA SX DE DEPRIVACION O DESEOS DE CONSUMO, NI SINTOMAS DEPRESIVOS, ANSIOSOS, PSICOTICOS, NI IDEAS DE AUTO

-HETEROAGRESION, NI ALTERACIONES DEL PATRON DE SUEÑO O DE ALIMENTACION.

SE HOSPITALIZA POR SERVICIO DE PSIQUIATRIA, APOYO POR PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL, INICIO DE PSICOFARMACOS, DEBE PERMANECER BAJO EL ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR 24 HORAS

SE INICIAN TRAMITES DE REMISION A CAD MODO INSTITUCIONAL.

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



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

Fecha: 2018/07/25 Hora: 12:21

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

**DATOS DEL PACIENTE**

BELTRAN	CARABUENA	BRAYAN	ORLANDO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<b>Tipo Documento de Identificación</b>			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1002565148	
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2002-04-09	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		VENTAQUEMADA	Teléfono: 3108508600
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: VENTAQUEMADA 15861
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	Código: EPSS37

**Diagnóstico:**

S211 HERIDA DE LA PARED ANTERIOR DEL TORAX Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal  
Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado  
Z638 OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

**Tratamientos Aplicados:**

Medicamentos administrados: TOXOIDE TETANICO SOLUCION INYECTABLE X 0.5 ML  
DICLOFENACO SODICO 75 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE  
LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN) 500 ML SOLUCION INYECTABLE

**Procedimientos Realizados:**

Código CUPS: 990207 Descripción: EDUCACION INDIVIDUAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL Cantidad: 1  
Código CUPS: 990107 Descripción: EDUCACION GRUPAL EN SALUD POR TRABAJO SOCIAL Cantidad: 1

**Motivos de remisión:**

REFERENCIA

REMISION A CENTRO DE ATENCION EN DROGADICION MODO INSTITUCIONAL.

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

Firma:

Registro: 962-03