

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

263282

Fecha de radicación de la Referencia

29/07/2018 17:43:14

Hora de radicación de la Referencia

5:43:14

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	2
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>
			2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>
			3. Urgente <input type="checkbox"/>
			4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	JUAN DAVID AMARILES PACHON	Identificación:	1007718855	1007718855	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	15/06/2001 0:00:00	Edad Actual:	17 Años \ 1 Meses \ 14 Días	AREA DE SERVICIO	5DTU01	INGRESO
Dirección:	CARRERA 2 F 48 R 66	Teléfono:	3195559260	Localidad	BOGOTA	
CC Cedula de Ciudadania	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar		

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)

Responsable:	JOHANA PACHON	Teléfono Resp:	N
Dirección Resp:	N		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC034 - EPS FAMISANAR SAS SOAT -15%	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OBJETO CORTANTE: VIVIENDA	X780

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

PSIQUIATRIA INTERCONSULTA MEDICA ESPECIALIZADA AMBULATORIA O INTRAHOSPITALARIA SIQUIATRIA	39140-21	5DT - CAPS DIANA TURBAY	2	F	B	0	2				
---	----------	-------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	" SE CORTO EL BRAZO"
Examen Físico:	HACE UNA MEDIA HORA SE CORTÓ CON UNA CUCHILLA DE AFEITAR EL ANTEBRAZO IZQUIERDO BAJOP EFECTOS DE PEGANTE Y MARUHUANA,LA MADRE DICE : ESTABA LLENO DE IRA , ME ROBO Y LLAME A LA POLICIA Y SE CORTO CON UNA CIUCHILLA DE LAS CEJAS EN EL BRAZO", ESTOY PREOCUPADA PORQUE ASI ES CAPAZ DE HACER CUALQUIER COSA TEMP:36,00; FR : 18 / MIN, FC:123/ MIN TA :123 /75, GLASGOW 15/15 PESO 50,00 TALLA 160,00 ,SAT.O2 92 Fio2 21 CONDICIONES BUENAS CABEZA: PUPILAS: ISOCÓRICAS FOTORREACTIVAS, MUCOSA ORAL HÚMEDA NORMOCRÓMICA; CUELLO MÓVIL SIN ADENOPATIAS; TÓRAX: SIMÉTRICO SIN RETRACCIONES, PULMONES LIMPIOS, CORAZÓN RÍTMICO SIN SOPLOS; ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN MASAS PALPABLES SIN DOLOR A LA PALPACIÓN PROFUNDA, PERISTALTISMO NORMAL, GU: NORMAL AL EXAMEN CLÍNICO, OSTEOARTICULAR: NORMAL, SNC: SIN DÉFICIT, NO HAY SIGNOS MENINGEOS, GLASGOW 15 /15, EXTREMIDADES TRES HERIDAS PARALELAS EN DORSO DEL 1/3 DISTAL DEL ANTEBRAZO IZQUIERDIO DE 4, 4,5 Y 3 CM RESPECTIVAMENTE QUE COMPROMETE N PIEL Y TEJIDO CLUALR SUBCUTÁNEO , CON SANGRADO ACTIVO , SIN CAMBIOS TRÓFICOS CON PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES BILATERALMENTE CON PERFUSIÓN NORMAL, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
Signos Vitales	TA: 123/75 FC: 123 x Min FR: 18 x Min GlasGow: 15 TC: 0,0000 Peso: 50,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	HACE UNA MEDIA HORA SE CORTÓ CON UNA CUCHILLA DE AFEITAR EL ANTEBRAZO IZQUIERDO BAJO EFECTOS DE PEGANTE Y MARI HUANA,LA MADRE DICE : ESTABA LLENO DE IRA , ME ROBO Y LLAMÉ A LA POLICIA Y SE CORTÓ CON UNA CIUCHILLA DE AFEITAR EN EL BRAZO", ESTOY PREOCUPADA PORQUE ASI ES CAPAZ DE HACER CUALQUIER COSA
-------------------------------	--

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7.Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐
 2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐

FECHA DIA MES ____ AÑO ____ Hora Militar: Funcionario de Contacto Cargo: Punto de destino final: _____

over

Registro 34533539