

Aceptado clínico Emmanuelle.

Dña Sanchez de Santa

Fecha Actual : domingo, 03 junio 2018

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

900959051

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

242112

Fecha de radicación de la Referencia

03/06/2018 13:18:04

Hora de radicación de la Referencia

1:18:04 p.m.

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

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	LAURA ALEJANDRA OVIEDO VERA	Identificación:	1105460428	1105460428	Sexo:	Femenino	
Fecha Nacimiento:	12/04/2004 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	14 Años \ 1 Meses \ 21 Días	AREA DE SERVICIO	ISCU03	INGRESO	2898802
Dirección:	CALLE 2 68 F 04	Teléfono:	3132222335	Localidad	LOC. KENNEDY		
CC Cedula de Ciudadanía	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:	MARIA VERA	Teléfono Resp:	3132222335				
Dirección Resp:	CALLE 2 68 F 04						
AFILIACION SGSSS							
Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0		
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:					
Entidad Administradora	RC015 - SANITAS EPS-C	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros					

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO	F919
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL
INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA	38274 1SC - UMHES SANTA CLARA
2 F B 0 2	
NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:	I NIVEL: <input type="checkbox"/> II NIVEL: <input type="checkbox"/> III NIVEL: <input type="checkbox"/>

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	"SE INTENTO LANZAR POR LA VENTANA"					
	PACIENTE CON CUADRO CRÓNICO DE ANSIEDAD, AFECTO DEPRESIVO, CONDUCTA OPSICIONISTA Y DESAFIANTE Y CONDUCTA SUICIDA. DOS OPORTUNIDADES EN 8 DÍAS.					
Examen Físico:	SIN ALTERACIONES					
Signos Vitales	TA: 100/60	FC: 80 x Min	FR: 18 x Min	GlasGow: 15	TC: 0	Peso: 0
Resultados Exámenes Diagnósticos:						
Ginecobstétricos:	G: 0	P: 0	A: 0	C: 0	Edad Gestante: 0	FCF: 0
					Sem	Alt Uterina: 0
<input type="checkbox"/> Actividad Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran						

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE CON CUADRO CRÓNICO DE AFECTO DEPRESIVO, ANSIEDAD, IRRITABILIDAD, CONDUCTA OPOSICIONISTA Y DESAFIANTE, CONDUCTA SUICIDA, HACE 8 DÍAS REALIZACIÓN INTOXICACIÓN EXÓGENA POR MEDIO DE LA INGESTA DE MEDICAMENTOS ENCONTRADOS EN CASA, Y EL DÍA DE AYER LEUGO DE CONFLICTO CON LA MADRE, INTENTA LANZARSE POR LA VENTANA DE UN CUARTO PISO, PORQUE NO SE LE DIO AUTORIZACIÓN PARA IR A UNA FIESTA.
-------------------------------	--

MOTIVO REFERENCIA

- | | | | | | | | | | |
|----------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Servicio no ofertado | <input type="checkbox"/> | 3. Falta de Insumos | <input type="checkbox"/> | 5. Falta de Camas | <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia Sanitaria | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de Convenio | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia de Profesional | <input type="checkbox"/> | 4. Falta de Equipos | <input type="checkbox"/> | 6. Cese de Actividades | <input type="checkbox"/> | 8. Requiere manejo otro nivel | <input type="checkbox"/> | 10. Devolucion Injustificada | <input type="checkbox"/> |
| 11. Otro: | <input type="checkbox"/> | Falta_Cama_IPS_Remite | | | | | | | |

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

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

DR. DANILO FERNANDEZ ROA
PSIQUIATRA U. ROSARIO
C.6 18-521-706

15-10-18