



# SOLICITUD DE SERVICIOS



SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA  
ENTIDAD REMITENTE HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE  
ENTIDAD DESTINO <OTRO>

Nro Solicitud 86004	*Fecha de Referencia 29/10/2018 05:42:45 p.m. ** No. Verificación	Fecha reporte encuesta prioritaria Dia Mes Año
------------------------	---	---

Tipo de usuario 1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> 3. Hospitalizado <input type="checkbox"/>	Tipo de atención 1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgente <input checked="" type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>
--	--

Identificación del paciente			
Primer nombre MARTHA	Segundo nombre LUCIA	Primer apellido TIMOTE	Segundo apellido TAPIERO
Edad: Años 51 Meses 8 Días 17	Dirección residencia CARRERA 4 NUMERO 13 A- 81		
T.D. C.C. No. Identificación 28865749	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Teléfono 3144127975	Localidad ORTEGA
CC Cédula de ciudadanía	RC Registro civil	MSI Menor sin identificación	
TI Tarjeta identidad	PA Pasaporte	ASI Adulto sin identificación	

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)	
Nombre y apellido MARTHA LUCIA TIMOTE TAPI	Dirección residencia Teléfono 3144127975

Afiliación SGSSS					
Subsidiado <input checked="" type="checkbox"/> Contributivo <input type="checkbox"/>	Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/> Particular <input type="checkbox"/>	Nivel SISBEN 1 2 3 4 5-6	Población Especial <input type="checkbox"/> I. Indígena G. Indigente	<input type="checkbox"/> S. IVA Social D. Desplazado	<input type="checkbox"/> M. Menor en protección O. Otros
Entidad Administradora NUEVA EPS SA		Otro régimen:			

Solicitud de referencia	
Fecha: Día 29 Mes 10 Año 2018 Hora: 17:42	Edad gestacional:

Nombre del procedimiento solicitado	Código del Servicio Solicitado	Identificación de Instituciones			
		Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1					

## ANAMNESIS : RESPUESTA INTERCONSULTA MEDICINA INTERNA

PACIENTE DE 51 AÑOS QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SENSACION DE DISNEA ASOCIA MAREO NO DESVANECIMIENTO, DISTENSION ABDOMINAL, CEFALEA, MALESTAR GENERAL, OSTEOMIALGIAS, ASTENA, ADINAMIA Y EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES. ACTUALMENTE SINTOMATICA

EXAMEN FISICO : PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, LUCE CAQUECTICA, PALIDEZ GENERALIZADA, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

CABEZA: NORMOCEFALA, MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS HIPOCROMICAS, HUNDIMIENTO OCULAR, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ Y A LA ACOMODACION, POBRE IMPLANTACION CAPILAR

CUELLO: MOVIL, SIMETRICO, SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS

CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS, TORAX NORMOEXPANDIBLE, SIMETRICO, SIN MASAS

ABDOMEN: DEPRESIBLE, SIN PANICULO ADIPOSO, CON DOLOR EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXTREMIDADES: EDEMA EN MIEMBROS INFERIORES, HIPOTROFICAS, SIMETRICAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS

NEUROLOGICO. ALERTA, CONCIENTE, GLASGOW 15/15 SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE

PIEL: SECASIGNOS VITALES :

- pulso - 80 x/min
- f.c - 80 x/min
- p.a.s - 104 mmhg
- f.r - 24 x/min
- peso - 35 Kgr
- p.a.d - 64 mmHg

RESUMEN : PACIENTE DE 51 AÑOS CON ANT DE ANOREXIA CON CONTROLES POR PSIQUIATRIA SIN EMBARGO REFIERE DEJO MEDICACION PREESCRITA. INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN MALESTAR GENERAL LUCE CAQUECTICA, PESO 25 KG, LEVE EDEMA MII. CON TRASTORNO DE ALIMENTACION CRONICA, DESHIDRATACION GRADO I, DESNUTRICION PROTEICO-CALORICA CRONICA AGUDIZADA. CH CON LEUCOPENIA, SIN NEUTROFILIA, SIN ANEMIA, BUN Y CREA ELEVADOS. SS/ REMISION PSITRIATRIA EN EL MOMENTO SERVICIO NO OFERTADO

## EXAMENES DE LABORATORIO :

\*\* HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO ERITROCITOS, INDICES ERITROCITARIOS, LEUCOGRAMA, RECUENTO PLAQUETAS, INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGIA ELECTRONICA) AUTOMATIZADO - 29/Oct/18 14:40

HEMOGRAMA III [HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, RECUENTO ->>

RECUENTO DE LEUCOCITOS 3.3; NEUTROFILOS 74.4; LINFOCITOS 19.2; MONOCITOS 5.8;  
EOSINOFILOS 0.5; BASILOFOS 0.1; NEUTROFILOS 2.49; LINFOCITOS 0.64;  
MONOCITOS 0.19; EOSINOFILOS 0.02; BASOFILOS 0.00; RECUENTO ERITROCITOS 3.95;  
HEMOGLOBINA 13.0; HEMATOCRITO 38.1; VCM 96.4; HCM 32.9; CHCM 34.1;  
RDW-SD 43.7; RECUENTO DE PLAQUETAS 108; MPV 9.9; PDW 17.6; PCT 0.107;  
RDW-CV 12.0;



\*\* UROANALISIS - 29/Oct/18 14:35

° UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA ->>

COLOR AMARILLA; ASPECTO LIG. TURBIO; PH 5.5; DENSIDAD 1.015; ALBUMINA Trace;  
CUERPOS CETONICOS NEGATIVO.; UROBILINOGENO Normal 0.2; NITRITOS NEGATIVO.;  
LEUCOCITOS TIRA NEGATIVO.; LEUCOCITOS NEGATIVO.; HEMATIES NEGATIVO.;  
OTROS - OBSERVACIONES MEMO;

\*\* COLORACION GRAM Y LECTURA PARA CUALQUIER MUESTRA - 29/Oct/18 14:25

° COLORACION GRAM, TINCION Y LECTURA ->>  
REACCIÓN LEUCOCITARIA MEMO;

\*\* NITROGENO UREICO - 29/Oct/18 14:24

° NITROGENO UREICO ->>  
NITROGENO UREICO 53.7;

\*\* CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS - 29/Oct/18 14:17

° CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS no usar ->>  
CREATININA 1.39;

Nombre del diagnóstico

Código diagnóstico

1 ANOREXIA

R 6 3 0

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE DE 51 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ANOREXIA CON CONTROLES POR PSIQUIATRIA SIN EMABRGO FAMILIAR REFIERE PACIENTE DEJO MEDICACION PREESCRITA. INGRESA POR CUADRO CLINICO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SENSACION DE DISNEA ASOCIA MAÑEO NO DESVANECIMIENTO, DISTENSION ABDOMINAL, CEFALEA, MALESTAR GENERAL, OSTEOMIALGIAS, ASTENA, ADINAMIA Y EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES. AL EXAMEN FISICO EN ACEPTABLES CONDCIONES GENERALES, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, LUCE CAUECTICA, PALIDEZ GENERALIZADA, MUCOSA ORAL SEMIHUMEDA, HUNDIMIENTO OCULAR, POBRE IMPLANTACION CAPILAR, COJUNTIVAS HIPOCROMICAS, ABDOMEN CON DELGADEZ MARCADA, SIN PANICULO ADIPOSO, CON LEVE DOLOR EPIGASTRIO, PESO 25KG, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, LEVE EDEMA DE MIEMBROS INFERIORES, HIPOTROFICAS, NEUROLOGICAMENTE ALERTA, CONCIENTE, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE PIEL SECA. PARACLINICOS CUADRO CLINICO CON LEUCOPENIA, SIN NEUTROFILIA, SIN ANEMIA, CON TROMBOCITOPENIA. CREATININA Y BUN ELEVADOS, GRAM Y URONALISIS NO SUGESTIVO DE INFECCION URIANRIA. SE CONSIDERA PACIENTE CON TRANSTORNO DE ALIMENTACION CRONICO ANOREXIA?, EN EL MOMENTO CON DESHIDRATACION GRADO I, DESNUTRICION PROTEICO CALORICA. SE DECIDE HOSPITALIZAR, INICIAR LIQUIDOS IV, PROTECCION GASTRICA, SE SOLICITA ALBUMINA, PROTEINAS TOTALES, PROTEINAS, DIFERENCIADAS, TSH, T4 LIBRE EKG, RX DE TORAX PERFIL HEPATICO Y VALORACION POR NUTRICION. ACTUALMENTE CON COMPROMISO ORGANICO SISTEMICO SECUNDARIO A CONDICION NUTRICIONAL CRONICA POR LO CUAL SE SOLICITA REMISION POR PSIQUIATRIA YA QUE EN EL MOEMTNO NO SE CUENTA CON EL SERVICIO. SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR CONDCUTA A SEGUIR

#### DIAGNOSTICO

1. TRANSTORNO DE ALIMENTACION CRONICA

1.1. ANOREXIA?

2. DESHIDRTACION GRADO I

3. DESNUTRICION PROTEICOCALORICA CRONICA AGUDIZADA

#### PLAN

SSN 60 CC HORA

SE HOSPITALIZA

METOCLOPRAMIDA

SE SOLICITA VALORACION POR NUTRICION

SE SOLICITA ALBUMINA, PROTEINAS TOTALES, TSH, T4 LIBRE EKG, RADIOGRAFIA DE TORAX, PERFIL HEPATICO

SE SOLICITA REMISION PSIQUIATRIA

#### Motivo Referencia:

1. Servicio no ofertado

☒

3. Falta de insumos

☐

5. Falta de camas

☐

7. Emergencia sanitaria

☐

2. Ausencia del profesional

☐

4. Falla en equipos

☐

6. Cese de actividades

☐

8. Otro; cuál

#### Datos del profesional que referencia

Nombre Yolanda Guevara

Firma

☐

Médico / Odontólogo General

☐

Médico / Odontólogo Especialista

Registro 51892220

#### \*\*Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

\* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

\*\* Información suministrada por el profesional autorizado

☐

Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

☐

Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento