

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

17 1 2019

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

16/01/2019

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: FLOR HERMINDA PENA BONILLA

Sexo : Femenino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CRA 19 N 6-06

T.D. CC Nro. Identificación: 23770395

Zona: Urbano X Rural

Teléfono: 3208901573

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: SOGAMOSO

T.I. Tarjeta de Identidad

A.S.I. Adulto Sin Identificación

Seguridad Social en Salud: Contributivo

E.P.S.: NUEVA EPS-S -- Hospitalizado Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Nivel 2 A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE FEMENINO DE 42 AÑOS DE EDAD SIN ACOMPAÑANTE AL PARECER ANT DE TX DEPRESIVO REFIERE TTO DE NATURAL CENTER LA PACIENTE SE OBSERBA EXPANSIVA CON RISAS INMOTIVADAS PERDIDA DE LAS ASOCIACIONES CON SINTOMAS PSICOTICOS ASOCIADOS LO QUE PUEDE CONFIGURAR YN TX BIPOLAR DE BASE. SE INICIA TTO QUETIAPINA TAB 25 MG 1-1-1 Y ACIDO VALPROICO CAPS 250 MG 1-1-1. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE AUTO HETEROAGRESIÓN Y AGITACIÓN, REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM.PENDIENTE ENTREVISTAR A FAMILIARES PARA AMPLIAR HC.

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE CON SINTOMAS PSICOTICO

F312

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐
☐
☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐
☒

3. Falta de Equipo(s)

☐
☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

5. Requiere otro nivel de atención

6. Voluntario

7. Otro

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

17 1 2019

Fecha Salida del Paciente

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☒

Hospitalización

☐

Otro

EVOLUCION

Fecha:

Plan de Tratamiento



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable