



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

**ENTIDAD REMITENTE****NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA ESE****ENTIDAD DESTINO****Hospital Federico LLeras E.S.E.**

Nro Solicitud

14764

*Fecha de Referencia

19/11/2018 09:18:35 p. m.

** No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria

Dia

Mes

Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio ☐2. En Urgencias ☒3. Hospitalizado ☐

Tipo de atención

1. Electiva ☐2. Electiva prioritaria ☐3. Urgente ☒4. Hospitalización ☐

Identificación del paciente

Primer nombre

LAURA

Segundo nombre

CATALINA

Primer apellido

SANCHEZ

Segundo apellido

RIVERA

Edad: Años 14 Meses 1 Días 21 Dirección residencia BARRIO OSPINA PEREZ CRA 7 NO.12-89

T.D. T.I No. Identificación 1110451426 Teléfono 2280641

CC Cédula de ciudadanía RC Registro civil MSI Menor sin identificación Sexo Localidad COLOMBIA

TI Tarjeta identidad PA Pasaporte ASI Adulto sin identificación M X

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido

LEIDY RIVERA SANCHEZ

Dirección residencia

Teléfono 3142223574

Afiliación SGSSS

Subsidiado ☒Clasif. Socioec. ☐

Nivel SISBEN

1 2 3 4 5-6

Población Especial

O

Contributivo ☐Particular ☐

No. Ficha

I. Indígena

S. IVA Social

M. Menor en protección

Entidad Administradora:

NUEVA EPS SA Y OTROS

Otro régimen:

G. Indigente

D. Desplazado

O. Otros

Solicitud de referencia

Fecha:

Dia

19

Mes

11

Año

2018

Hora:

21:18

AM PM

Edad gestacional:

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

ANAMNESIS : "SE CORTO EN LA SMANOS"

PACIENTE DE 14 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN CONSULTA POR CUADOR CLINICO DE 4 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LESIONES AUTOINFLINGIDAS A NIVEL DE CARA NTERIOR DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO CON INTENSION DE SUICIDARSE, MADRE REFIERE QUE ELLA DICE "ME QUIERO MORIR PARA QUITARME ESTE PROBLEMA DE ENCIMA" - ENL EVENTO OCURRIO POSTERIOA A QUE LA MADRE HICIERA UN LLAMADO DE ATENCION POR COVERSAICONES EN SU CELULAR Y LER QUITARA EL TELEFONO, REFIERE QUE ES LA SEGUNDAVVEZ QUE OCURRE UN EVENTO SIMILAR, TIENE ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACION EN CETRO PSIQUIATRICO LA PAZ EN BOGOTA POR EL CONTEXTO YA DESCRITO, POR LO NATERIOR CONSIDERO PACIENTE QUIEN REQUIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA, SE SOLICICTA REMISION SE ORDENAN PARACLINICOS PERTINENTES.

EXAMEN FISICO : CABEZA: NORMOCEFALO

OJOS: ESCLERAS ANICTERICAS, PINRAL

ORAL: MUCOSA ORAL HUMEDA

CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO ADENOPATIAS

TORAX: SIMETRICO; RSRs MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS, RSCS RITMICOS REGULARES SIN SOPLOS

ABDOMEN: BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO IRRITACION PERIONEAL

EXTREMIDADES: EUTROFICAS SIN EDEMA, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS, PULSOS DISTALES PRESENTES

NEUROLOGICO: SIN ALTERACIONES SENSITIVAS O MOTOR APARENTES

PIEL: ESCORIACIONES SUPERFICIALES EN ZONA DISTAL CARA ANTERIOR DE NATEBRAZO IZQUIERDO, NO

SNAGRANTES.SIGNOS VITALES :

-pulso - 82 xmin

-f.c - 82 xmin

-p.a.s - 116 mmHg

-f.r - 19 xmin

-temperatura - 36 °C

-peso - 45 Kgr

-so2 - 99 %

-p.a.d - 72 mmHg

RESUMEN : PACIENTE ADOLECENTE QUIEN INGRES APOR INTENTO DE SUICIDIO HACE 4 HORAS TIENE ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACION EN CETRO PSIQUIATRICO LA PAZ EN BOGOTA POR EL CONTEXTO YA DESCRITO, POR LO NATERIOR CONSIDERO PACIENTE QUIEN REQUIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA,

EXAMENES DE LABORATORIO :

Nombre del diagnóstico

Código diagnóstico

1 OTROS TRASTORNOS DEPRESIVOS RECURRENTES

F338

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE DE 14 AÑOS DE EDAD QUIEN CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN CONSULTA POR CUADOR CLINICO DE 4 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN LESIONES AUTOINFLINGIDAS A NIVEL DE CARA NTERIOR DEL ANTEBRAZO IZQUIERDO CON INTENSION DE SUICIDARSE, MADRE REFIERE QUE ELLA DICE "ME

QUIERO MORIR PARA QUITARME ESTE PROBLEMA DE ENCIMA" - ENL EVENTO OCURRIO POSTERIOA A QUE LA MADRE HICIERA UN LLAMADO DE ATENCION POR COVERSAICONES EN SU CELULAR Y LER QUITARA EL TELEFONO, REFIERE QUE ES LA SEGUNDAVVEZ QUE OCURRE UN EVENTO SIMILAR, TIENE ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACION EN CETRO PSIQUIATRICO LA PAZ EN BOGOTA POR EL CONTEXTO YA DESCRITO, POR LO NATERIOR CONSIDERO PACIENTE QUIEN REQUIERE VALORACION POR PSIQUIATRIA, SE SOLICICTA REMISION SE ORDENAN PARACLINICOS PERTINENTES.

PLAN:
HOSPITALIZAICON
DIETA NORMAL
REMISOION A PSIQUIATRIA
S/S HEMOGRAMA, CREATININA, BUN, UROANALISIS, VIH, SEROLOGIA, BETA HCG

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"/>
2. Ausencia del profesional	<input type="checkbox"/>	4. Falla en equipos	<input type="checkbox"/>	6. Cese de actividades	<input type="checkbox"/>	8. Otro; cuál	<input type="text"/>

Datos del profesional que referencia

Nombre	JOSE JORGE RODRIGUEZ MAZZIRI	<input type="checkbox"/>	Médico / Odontólogo General
Firma	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	Médico / Odontólogo Especialista
Registro		1032465824	

**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

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

** Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento