

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

| | | |
|---|---|------|
| 3 | 7 | 2018 |
|---|---|------|

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

02/07/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: JHEFFERSON ESMITD PEDROZA BECERRA

Sexo: Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CALLE 11 CON 5 SUR

T.D. CC Nro. Identificación: 1057605383

Zona: Urbano ☒ Rural

Teléfono: 3144476912

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

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: SOGAMOSO

Seguridad Social en Salud: Contributivo

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

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Nivel 1 A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

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

EVENTO Enfermedad General ☒ Accidente de Tránsito (SOAT) ☐ Accidente de Trabajo (ARP) ☐ Evento Catastrófico (FOSYGA)**AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA**

PACIENTE MASCULINO DE 20 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MULTIPLES SPA THC BASUCO BOXER AGRESIVO PSICOTICO. FUE VALORADO HACE 10 DIAS POR PSIQUIATRIA HACE 10 DIAS CON NULA ADHERENCIA AL TTO. PACIENTE SINTOMATICO. SE INICIA TTO RISPERIDONA TAB 2 MG 0-0-1 LEVOMEPRIMAZINA GOTAS 20-20-20. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM.

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS

F192

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)

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

7. Otro

2. Falta insumos y/o suministros

5. Requiere otro nivel de atención

3. Falta de Equipo(s)

6. Voluntario

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

| | | |
|---|---|------|
| 3 | 7 | 2018 |
|---|---|------|

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