

No de Solicitud

219094

No de Planilla

Fecha de radicacion de la Referencia

30/09/2018 02:32:39

Hora de radicacion de la Referencia

2:32:39 a. m.

Tipo Usuario

Ambulatorio

Tipo Remisión

3

1. Ambulatorio

☐

2. En Urgencias

☐

3. Hospitalización

☐

1. Electiva

☐

2. Electiva Prioritaria

☐

3. Urgente

☐

4. Hospitalización

☐

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:

SANCHEZ PUENTES LUISA FERNANDA

Identificación:

I016108353

Sexo:

Femenino

Fecha Nacimiento :

04/02/1999 12:00:00 a. m.

Edad Actual:

19 Años \ 7 Meses \ 25 Días

AREA DE SERVICIO

B03C2

INGRESO

I269747

Dirección:

CLL 17 C 134 70

Teléfono:

3144866155

Localidad

FONTIBON

CC Cedula de Ciudadania

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:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:

Contributivo

Nivel SocioEconómico:

0

SISBEN Nivel SocioEconómico:

0

Ficha SISBEN:

Tipo de Población Especial:

Entidad Administradora

007001 - CON E.P.S. FAMISANAR LTDA.

I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO

IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA - PSQUIATRIA N2

890402PSQ

C61 - KR 99 No 16 I - 41 CAMI II - FONTIBON
TEL 4220876 4183587

2

F

B

0

2

REMISION A III NIVEL POR SU EPS PARA VALORACION Y MANEJO POR PSQUIATRIA

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

☐ I NIVEL:

☐ II NIVEL:

☐ III NIVEL:

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

SECUELAS DE ENVENENAMIENTOS POR DROGAS, MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS BIOLOGICAS

T96X

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

MC" ME TOME UNOS PASTAS "
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 30 MIN DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CONSUMO DE MEDICAMENTOS CON FINES SUICIDAS NIEGA MAS SINTOMAS ASOCIDOS INGRESA CONCIENTE ALERTA Y ORIENTADA GLASGOW 15/15 SE INGRESA POR URGENCIA PARA LAVADO GASTRICO CON CARGA DE CARBON ACTIVADO A 1GR X KG Y SS PARACLINICOS PARA DESCARTAR DAÑO METABOLICO.

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Examen Físico:

NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS CARDIOVASCULARES, GASTROINTESTINALES, URINARIOS,DERMATOLOGICOS, MUECULOESQUELETICOS Y NEUROLOGICOS

Signos Vitales

TA: 120/70 | FC: 80 x Min | FR: 20 x Min | GlasGow: 15 TC: 36,0000 | Peso: 60,0000

Resultados Exámenes Diagnósticos:

Ginecobstétricos:

G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uterina ☐ Actividad Uterina Regular ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membranas

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

PACIENTE EN LA DECADA DE LA VIDA EN EL MOMENTO, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA SIN SIRS, AFEBRIL HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR AL EXAMEN FISICO SIGNOS VITALES ESTABLES CONCIENTE ALERTA Y ORIENTADA TRAE FAMILIAR BLISTER DE ACIDO ACETIL SALICILICO CONSUMO DE 8 TAB 100 MG +10 TAB DE HIOSCINA BUTIL BROMURO DE 10 MG +5 GR DE ACETAMINO9FEN 3 TAB DE METRONIDAZOL+ NIFUROXAZIDINA REFIERE FAMILAR 30 MIN DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CONSUMO DE MEDICAMENTOS CON FINES SUICIDAS NIEGA MAS SINTOMAS ASOCIDOS INGRESA CONCIENTE ALERTA Y ORIENTADA GLASGOW 15/15 SE INGRESA POR URGENCIA PARA LAVADO GASTRICO CON CARGA DE CARBON ACTIVADO A 1GR X KG Y SS PARACLINICOS PARA DESCARTAR DAÑO METABOLICO. PLAN OBSERVACION URGENCIAS SNG PARA VAVADO GASTRICO AHORA CON DOSISI DE 1 GR /Kg DE PESO PESO 60Kg LEV SSN AL 0.9% BOLO DE 500 CC Y CONTINUAR A 80 CC HORA METOCLOPRAMIDA 10 MG IV AHORA RANITIDINA 50 MG IV AHORA SS PARACLINICOS Y VALORACION POR PSICOLOGIA TRABAJO SOCIAL Y REMISION A III NIVEL POR PSQUIATRIA.

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado

☐

3. Falta de Insumos

☐

5. Falta de Camas

☐

7.Emergencia Sanitaria

☐

9. Ausencia de Convenio

☐

2. Ausencia de Profesional

☐

4. Falta de Equipos

☐

6. Cese de Actividades

☐

8. Requiere manejo otro nivel

☐

10. Devolucion Injustificada

☐

11. Otro:

☐ 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:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico

GIL GUZMAN YUSIN ALEJANDRO

Profesion:

Especialidad:

MEDICINA DE URGENCIAS

Registro

80181358

Firma: