

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 3

Fecha de Solicitud

9	4	2018
---	---	------

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL HILARIO LUGO

Código Habilitación: 257180001801

Fecha de Ingreso: Cama:

09/04/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: LUIS FRANCISCO CASTILBLANCO GIL

Sexo: Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO

T.D. CC Nro. Identificación: 1010211078

Zona: Urbano ☒ Rural

Teléfono: 3114825557

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: SASAIMA

Seguridad Social en Salud: Contributivo ☒

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

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Categoría A,1,1 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)

Persona responsable del paciente: LUIS FRANCISCO CASTIBLANCO

Parentesco Otro

Dirección: CENTRO

Teléfono

RESUMEN DE HISTORIA CLINICAMotivo de Consulta:

SE TOMO PASTILLAS

Enfermedad Actual:

ASISTE PACIENTE MASCULINO DE 24 AÑOS ASISTE TRAI DO POR AMAM POR CUADRO DE AUTOINGESTION HACE 2 HORAS CON FINES SUICIDAS DE TABLETAS MEDICAMENTO METRONIDAZO EN TOTAL DOCE TABLETAS REFIERE POSTERRO EPISODIOS DE EMEISIS POSTERIORES Y EPIGASTRALGIA REFIERE PREVIOA HECHOS HA PRESENTADO EPISOIDOS DEPRESIVOS

Antecedentes Personales:

HOSPITALARIOS

NIEGA

QUIRURGICOS

APENDICECTOMIA. HACE 10 AÑOS.

MEDICOS

DERMATITIS ATOPICA.

TRANSTORNO AFECTIVO BIPOLAR

TOXICOLOGICOS

NIEGA

FARMACOLOGICOS

NIEGA

TRAUMATICOS

NIEGA

OCUPACIONAL

NIEGA

FAMILIARES

NIEGA

Examen Físico:

TA: 110/60 mmHg

GLAS: 15 puntos

FC: 88 x min

PESO: 60 Kg

TALLA: 167 cm

FR: 20 x min

TEMP: 37 °C

SAT: 99 %

JOHN MAURICIO SUAREZ ANGEL

Cedula de Ciudadanía : 79846102

MEDICO GENERAL

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

Fecha Impresión: 09/04/2018 23:52.11

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: LUIS FRANCISCO CASTILBLANCO GIL Sexo: Masculino
Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO

ESTADO GENERAL : REGULARES CONDICIONES CONDICIONES GENERALES, ALETA, DESHIDRATADO
ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, SIN FOCALIZACIÓN, NO MENINGISMO, ROT ++/++++
RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CONSERVADOS SIN AGREGADOS
PIEL SANA
NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS
MUCOSA ORAL HÚMEDA, FARINGE NO ERITEMATOSA SIN LESIONES, NARIZ PERMEABLE, NO SE REALIZA
OTOSCOPIA
CUELLO MÓVIL SIN MASAS
TÓRAX SIMÉTRICO NORMOEXPANSIBLE SIN LESIONES
ABDOMEN CON RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, SIN SIGNOS DE
IRRITACIÓN PERITONEAL
EXTREMIDADES EUTROFICAS, SIMÉTRICAS, MOVILES, SIN EDEMAS, PULSOS SIMÉTRICOS CONSERVADOS.
LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS
NO SE REALIZA

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTRAS DROG X649
Dx Rel 1:
Dx Rel 2:
Dx Rel 3:

Servicio Solicitado: PSQUIATRIA
Nombre del procedimiento solicitado: CONSULTA DE CONTROL O DE SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA
Código CUPS: 890302

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: Nivel: Municipio:
Fecha Confirmacion: 9 4 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

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

INTENTO SUICICIO

EVOLUCION

Fecha: 09/04/2018 23:40

Analisis

JOHN MAURICIO SUAREZ ANGEL

Cedula de Ciudadanía : 79846102

MEDICO GENERAL

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 3 of 3

Fecha de Solicitud

9	4	2018
---	---	------

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso: Cama:

09/04/2018

HOSPITAL HILARIO LUGO

Código Habilitación: 257180001801

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: LUIS FRANCISCO CASTILBLANCO GIL

Sexo: Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO

PACIENTE REGULARES CONDICIONES ANSIOSO CON TRANSTROMNO AFECTIVO BIPOLAR DE BASE CON MULTIPLES
EPISODIOS DEPRESIVOS DIAS ANTERIORES L CON AUTOINESTION MEDICAMENTOS EN DOSIS EXCESIVAS DOCE
PASTILAS METRONIDAOL 500 MG CON FINES SUICIDAS
SE ORDENA MEDICACION PARACLINICOS REMISION III NIVEL

Plan de Tratamiento

NVO

SSN 0,9 N BOLO 2000 ML LUEGO A 100 CC HORA

LAVADO GASTRICO

RANITIDINA 5 MG EN LEV

METOCLOPRAMIDA 10 MG EN LEV

REMISION PSIQUIATRIA

FICHA EPIDEMIOLOGICA

SS/ CH BUN CREATININA TGO TGP

JOHN MAURICIO SUAREZ ANGEL

Cedula de Ciudadania : 79846102

MEDICO GENERAL

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

Fecha Impresion: 09/04/2018 23:52.12