

## ANEXO TECNICO No. 9

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO DE ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Fecha: 2018-09-26

Hora: 09:44

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	CLINICA PARTENON LTDA			NIT	X	800085486-2
Código	110015453	Dirección prestador:	Cra 77 a No 73-41			
Teléfono	4360411	Departamento:	BOGOTA D.C.	Municipio:	Bogotá	

## DATOS DEL PACIENTE

DUQUE	PEREIRA	ANGIE	VANESSA
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1007341523	
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjeria	Fecha de Nacimiento		20/06/2000
Dirección de Residencia Habitual		Teléfono: 2275046	
Departamento: 11 BOGOTA D.C.		Municipio: 11010 ENGATIVA-10	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		CÓDIGO: 830003564-7	

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

0000	000	LINA PEREIRA	000
Tipo Documento de identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	0	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adultos sin identificación	Número de documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificaci		
<input type="checkbox"/> Cedula de extranjeria			
Dirección de Residencia Habitual		Teléfono: 3197383263	
Departamento:		Municipio:	

## PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	NANCY JULIANA BAHAMON PRASCA		
Teléfono	-	indicativo	numerc
Servicio que solicita la referen	URGENCIAS	Teléfono celular	-
Servicio para el cual se solicita la referen	PSIQUIATRIA		

## INFORMACIÓN CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, Diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

ANALISIS: PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR QUIEN INGRESA CON LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN ANTEBRAZOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD REPSIRATORIA ADECUAD ASATURACION AL AMBIETNE NO DOLOR ABDOMINAL SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITEONAL NO MASAS NO DETERIORO NERUOLOGICO, PACIENTE CON ANIMO TRISTE, REFIERE HA OCURRIDO EN MULTI PLES OCASIONES, REFIERE SENTIRSE SOLA, POBRE APOYO POR PARTE DE SUS PADRES RESPECTO A EPISODIOS DEPRESIVOS, SE COSNDIERA PACIENTE REQUIERE MANEJO POR PSIQUIATRÍA, PENDIENTE VALORACIÓN POR PSICOLOGÍA, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.


## PLAN:

1. OBSVERACION / REMISIÓN PSIQUIATRÍA
- ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE
- 2 DIETA NORMAL
3. CAETER HEPARINIZADO
4. CONTROL SIGNOS VITALES -AC

CLINICA PARTENON  
COORDINACIÓN DE REFERENCIA  
Y CONTRA-REFERENCIA  
20-09-2018  
14715

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Formato adoptado por resolución 4331/19 dic 2012

  
Dr. Nancy Bahamón P  
Médico general  
C.O.P. 460

FECHA: \_\_\_\_\_





**Epicrisis**

1007341523

HOS-F-011 V.1



1007341523

Apellidos: **DUQUE PEREIRA** Nombres: **ANGIE VANESSA**  
Fecha de ingreso: 25/09/2018 12:37 Fecha de egreso: 26/09/2018 9:44 Ing: 1 Habitación: 0  
Tipo documento: TI No. doc. identidad: 1007341523 Fecha nacim. 20/06/2000 Edad: 18 A Sexo: F  
Estado civil: SOLTERO Ocupacion: EMPLEADO  
Dirección de residencia: CR 103 NO 77B 82 Teléfono: 2275046 Municipio: ENGATIVA-10  
Entidad: FAMISANAR E.P.S. Tipo.Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: B  
Origen del Evento: Enfermedad general No autorización: 38962007  
Servicio de Ingreso: URGENCIAS Servicio de Egreso: URGENCIAS

#### MOTIVO DE CONSULTA

" Tengo dolor de cabeza y dolor en el pecho"

#### ENFERMEDAD ACTUAL

Ingresa paciente sola refiriendo cuadro 1 mes de evolucion consistente en cefalea asociada a dolor toracico refiere sufrir de ansiedad y depresion y actualmente refiere hiporexia insomnio asociado, refiere ultimamente llanto con facilidad, refiere conflictos en la casa, refiere que la crisis de hoy hizo que se autolesionara en el brazo izquierdo, refiere haberse cortado previamente, refiere ipensamientos de minusbalia asociados

#### ANTECEDENTES

Antecedentes : 25-SEP-2018

Médicos:

ANTECEDENTES FAMILIARES: Niega

#### SIGNOS VITALES

TA Sistólica= 120 TA Diastólica= 85 FC= 76 FR= 18 Temperatura= 36.6

Peso(Kg)= 00 Talla= 00 IMC= 00 Glasgow= 15

SPO2 = 97

#### REVISION POR SISTEMAS

Sistema Nervioso: Niega sintomas

Organos de los Sentidos: Niega sintomas

Sistema Cardio respiratorio: Niega sintomas

Sistema Gastrointestinal: Niega sintomas

Sistema GenitoUrinario: Niega sintomas

Sistema Osteomuscular: Niega sintomas

Trastornos endocrinos y metabólicos: Niega sintomas

Piel y anexos: Niega sintomas

#### EXAMEN FISICO

Estado general: B. BUEN ESTADO GENERAL

Cabeza: Normal clínicamente

Organos de los sentidos: Escleras ancitrercias mucosa oral humeda

Cuello: Normal clínicamente

Torax y pulmones: Ruidos respiratorios conservado sin agregados

Cardiovascular: Ruidos cardiacos ritmicos sin soplos

Abdomen: Blando depresible no doloroso a la palpacion sin signos de irrtiacion peritoenal

Genitourinario: No explorado

Osteomuscular: Normal clínicamente

Neurólogo: Normal clínicamente

Piel y faneras: Heridas suerficiales eh brazo derecho por autoflagelacion

Marcha: Normal clínicamente

#### DIAGNOSTICOS DE INGRESO

1. F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

Tipo: 3 Confirmado repetido

2. X782 LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OBJETO CORTANTE: ESCUELAS, OTRAS INSTITUCIONES Y AREAS ADMINISTRATIVAS PUBLICAS

26/09/2018 9:44:04 a. m.



## Epicrisis

1007341523



1007341523

Apellidos: **DUQUE PEREIRA** Nombres: **ANGIE VANESSA**  
Fecha de ingreso: 25/09/2018 12:37 Fecha de egreso: 26/09/2018 9:44 Ing: 1 Habitación: 0  
Tipo documento: TI No. doc. identidad: 1007341523 Fecha naci.: 20/06/2000 Edad: 18 A Sexo: F  
Estado civil: SOLTERO Ocupación: EMPLEADO  
Dirección de residencia: CR 103 NO 77B 82 Teléfono: 2275046 Municipio: ENGATIVA-10  
Entidad: FAMISANAR E.P.S. Tipo Afiliado: Beneficiario Categoría / Estrato: B  
Origen del Evento: Enfermedad general No autorización: 38962007  
Servicio de Ingreso: URGENCIAS Servicio de Egreso: URGENCIAS

### APOYOS DIAGNOSTICOS NO POS

### MEDICAMENTOS NO POS

### MATERIALES E INSUMOS NO POS

### \*\* EVOLUCION CRONOLOGICA - PROCEDIMIENTOS (Indicación y Resultados)

Paciente de 18 años con antecedente de trastorno mixto de depresión y ansiedad en el momento paciente estable con heridas en brazo derecho autoinflingidas, refiere intentos previos niega consumo de sustancias anteriormente sin embargo paciente al examen mental con sensación de depresión y desolación con alto riesgo de nuevo intento de suicidio posterior sin alteraciones de la sensorio-percepción por lo cual se decide ingresar a observación para vigilancia y valoración por psiquiatría, a su vez se evidencia mala red de apoyo paciente refiere que la mamá no quiso acompañarla por que estaba ocupada y no quiere estar en casa con múltiples intentos de fuga en casa por lo cual también se solicita valoración para trabajo social para definir remisión por psiquiatría

#### PLAN

1. Ingreso a observación
2. Tapon heparinizado
3. Valoración por psicología y trabajo social

26-SEP-2018: PACIENTE CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR QUIEN INGresa CON LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN ANTEBRAZOS, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ADECUADA ASATURACION AL AMBIENTE NO DOLOR ABDOMINAL SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL NO MASAS NO DETERIORO NEUROLOGICO, PACIENTE CON ANIMO TRISTE, REFIERE HA OCURRIDO EN MULTIPLES OCASIONES, REFIERE SENTIRSE SOLA, POBRE APOYO POR PARTE DE SUS PADRES RESPECTO A EPISODIOS DEPRESIVOS, SE CONSIDERA PACIENTE REQUIERE MANEJO POR PSIQUIATRIA, PENDIENTE VALORACION POR PSICOLOGIA, SE EXPLICA A PACIENTE QUIEN ENTIENDE Y ACEPTA.

#### PLAN:

1. OBSERVACION / REMISION PSIQUIATRIA
- ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE
2. DIETA NORMAL
3. CATETER HEPARINIZADO
4. CONTROL SIGNOS VITALES -AC

### DIAGNOSTICOS DE EGRESO

1. F339 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO

### RECOMENDACIONES E INCAPACIDAD

RECOMENDACIONES: RECOMENDACIONES

INCAPACIDAD: 0

Nancy Bahamon P.

Firma y sello del profesional: **BAHAMON PRASCA NANCY JULIANA**

Identificación: 1072650460

Registro Médico: 1072650460

Especialidad: **MEDICINA GENERAL**



Bogota Sep 26 2018

Señores EPS. Famisanar

En calidad de madre de la paciente

Angie Vanessa Duque Pereira

cc N° 1007341523

De manera atenta les quiero pedir  
el favor de tener en cuenta mi solicitud  
ya que mi hija fue remitida a Siquiatría

Tengan en cuenta que No aceptamos  
por ningun Motivo sea remitida ala Clinica  
La Paz por malas experiencias vividas  
allá por un paciente que fue Violado  
por un enfermero y es mi hermano  
les agradezco mucho tengan en  
cuenta mi solicitud.

DH Lina Rocio Pereira Bta. cc 51998282  
representante legal de la Paciente  
Angie Vanessa Duque tel 313 8746405