

No de Solicitud

219775

No de Planilla

Fecha de radicación de la Referencia

25/10/2018 23:09:31

Hora de radicación de la Referencia

11:09:31 p. m.

Tipo Usuario

Ambulatorio

Tipo Remisión

1

1. Ambulatorio

☐

2. En Urgencias

☐

3. Hospitalización

☐

1. Electiva

☐

2. Electiva Prioritaria

☐

3. Urgente

☐

4. Hospitalización

☐

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:

SANDRA MILENA MARTINEZ DIAZ

Identificación:

1016073122

Sexo:

Femenino

Fecha Nacimiento :

21/01/1995 12:00:00 a. m.

Edad Actual:

23 Años \ 9 Meses \ 4 Días

AREA DE SERVICIO

B01C2

INGRESO

1272443

Dirección:

NO REFIERE

Teléfono:

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

VALORACION POR PSQUIATRIA

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

☐

I NIVEL:

☐

II NIVEL:

☐

III NIVEL:

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTRAS DROGAS MEDICAMENTOS Y SUSTAN

X640

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

MC:"SE TOMO UNAS PASTAS CON AGUARDIENTE"
EA: PACIENTE QUIEN INGRESA EN COMPÑIA DE MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLCUION CONSISTENTE EN INGESTA AUTOINFLINGIDA CON FINES SUICIDAS CON 7 TABLETAS DE METRONIDAZOL 500 MG CON 1/4 DE AGUARDIENTE, PACIENTE POCO COLABORADORA, NO REPONDE AL INTERROGATROIO, TODA LA INFORMACION ES TOMADA DE LA VERSION DE LA MADRE , MANIFISTEA ES PRIMER EPISODIO Y MANIFIESTA EPISODIOS DEPRESIVOS DESDE HACE APROXIMADAMENTE UN MES

ACPETABLE ESTADO GENERAL. ALIENTO ALCOHOLICO POCO COLABORADORA

Examen Físico:

NIEGA

Signos Vitales

TA: 121/78 | FC: 100 x Min | FR: 18 x Min | GlasGow: 15 TC: 35,9000 | Peso: 55,0000

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 FEMENINA EN ÑLA TERCER DECADE DE LA VIDA SIN ANTECEDNTES MEDICOS DE IMPORTANCIA INGRESA POR INGESTA AUTOINFLINGIDA DE 3.5 GR DE METRONIDAZOL CON 1/4 DE AGUARDIENTE CON FINES SUICIDAS PRIMNER EPISODIO, EN EL MOMENTO ENCUNTRO PACIMTE EN CAPTEBLE ESTADO GENERAL POCO COLABORADORA, ALIENRO ALCOHILICO, TAQUICARDICA AFEBRIL , HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICUTAD RESPOIRATOIR ANO ALTERACIONES NEUROLOGICAS, NO BAJO GASTO, SE CONSIDERA INGRESA PACINTE PARA VIGILANCIA NEUROLIGICA ESTRICTA TOMA DE PARACLINICOS, SE SOLICITA VALORACIPN POR SERVICIOS INTERDISCIPLINARIOS Y SE INICA TRAMITE D EREMISON POR EPS, SE ORDENA ADMINITRACION D ELIQUIDOS ENDOVENOSOS PROTECCION GASTRICA SE EXPLICA A MADRE Y PACIENTE QUIEN REIFER ENTENDER Y ACEPTAR

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 Pofesional que Realiza la Referencia

Medico

Castaño Murcia JULY ANDREA

Firma:

MEDICINA GENERAL

Registro

1016007108

No de Solicitud

219776

No de Planilla

Fecha de radicación de la Referencia

25/10/2018 23:09:31

Hora de radicación de la Referencia

11:09:31 p. m.

Tipo Usuario

Ambulatorio

Tipo Remisión

1

1. Ambulatorio

☐

2. En Urgencias

☐

3. Hospitalización

☐

1. Electiva

☐

2. Electiva Prioritaria

☐

3. Urgente

☐

4. Hospitalización

☐

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:

SANDRA MILENA MARTINEZ DIAZ

Identificación:

1016073122

Sexo:

Femenino

Fecha Nacimiento :

21/01/1995 12:00:00 a. m.

Edad Actual:

23 Años \ 9 Meses \ 4 Días

AREA DE SERVICIO

B01C2

INGRESO

1272443

Dirección:

NO REFIERE

Teléfono:

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

SALA DE OBSERVACION (URGENCIAS) DE COMPLEJIDAD ALTA SOD +

REMISION POR EPS

S20200

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

2

F

B

0

2

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

☐

I NIVEL:

☐

II NIVEL:

☐

III NIVEL:

☐

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A OTRAS DROGAS MEDICAMENTOS Y SUSTAN

X640

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

MC:"SE TOMO UNAS PASTAS CON AGUARDIENTE"
EA: PACIENTE QUIEN INGRESA EN COMPÑIA DE MADRE QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 5 HORAS DE EVOLCUION CONSISTENTE EN INGESTA AUTOINFLINGIDA CON FINES SUICIDAS CON 7 TABLETAS DE METRONIDAZOL 500 MG CON 1/4 DE AGUARDIENTE, PACIENTE POCO COLABORADORA, NO REPONDE AL INTERROGATROIO, TODA LA INFORMACION ES TOMADA DE LA VERSION DE LA MADRE , MANIFISTEA ES PRIMER EPISODIO Y MANIFIESTA EPISODIOS DEPRESIVOS DESDE HACE APROXIMADAMENTE UN MES

ACPETABLE ESTADO GENERAL. ALIENTO ALCOHOLICO POCO COLABORADORA

Examen Físico:

NIEGA

Signos Vitales

TA: 121/78 | FC: 100 x Min | FR: 18 x Min | GlasGow: 15 TC: 35,9000 | Peso: 55,0000

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 FEMENINA EN ÑLA TERCEAR DECADE DE LA VIDA SIN ANTECEDNTES MEDICOS DE IMPORTANCIA INGRESA POR INGESTA AUTOINFLINGIDA DE 3.5 GR DE METRONIDAZOL CON 1/4 DE AGUARDIENTE CON FINES SUICIDAS PRIMNER EPISODIO, EN EL MOMENTO ENCUNTRO PACIMTE EN CAPTEBLE ESTADO GENERAL POCO COLABORADORA, ALIENRO ALCOHILICO, TAQUICARDICA AFEBRIL , HIDRATADA, NO SIGNOS DE DIFICUTAD RESPOIRATOIR ANO ALTERACIONES NEUROLOGICAS, NO BAJO GASTO, SE CONSIDERA INGRESA PACINTE PARA VIGILANCIA NEUROLIGICA ESTRICTA TOMA DE PARACLINICOS, SE SOLICITA VALORACIPN POR SERVICIOS INTERDISCIPLINARIOS Y SE INICA TRAMITE D EREMISON POR EPS, SE ORDENA ADMINITRACION D ELIQUIDOS ENDOVENOSOS PROTECCION GASTRICA SE EXPLICA A MADRE Y PACIENTE QUIEN REIFER ENTENDER Y ACEPTAR

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 Pofesional que Realiza la Referencia

Medico

CASTAÑO MURCIA JULY ANDREA

Firma:

MEDICINA GENERAL

Registro

1016007108