

600429

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/06 Hora: 15:09

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ		MORENO		DIANA		ISABEL	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		1057412490			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1995-11-27			
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:			CENTRO			Teléfono: 3133814996	
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:	MIRAFLORES	15455
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:				NUEVA EPS-S		Código: EPSS37	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		Número Documento Identificación			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación					
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación					
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:						Teléfono:	
Departamento:				Municipio:			

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO		Teléfono:	98	7405030	
			Indicativo	Número	Extensión	
Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA		Teléfono Celular			
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL					

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis: REFIERE LA MAMA OLIVA MORENO CUADRO DE 8 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AGITACION , AGRESIVIDAD , ALTERACION DEL SUEÑO DISCURSO INCOHERENTE (LE DICE A LA MAMA QUE NO ES SU MAMA , QUE LE HICIERON BRUJERIA PARA ENFERMARLA , DEAMBULACIÓN , DESPUES DE EVENTO RELIGIOSO , AL PARECER SUSPENDIO MEDICAMENTO RISPERIDONA , POR LO CUAL LA TRAEN A CONS EXTERNA DE PSIQUIATRIA Y LA REMITE POR URGENCIAS PARA HOSPITALIZAR POR CUADRO DE ESQUIZOFRENIA

Examen Físico: Neurológico y Mental
Neurológico y Mental: Anormal, EM CONCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO PERSONA Y LUGAR, CON MAL PORTE Y ACTITUD, HIPERPROSEXICA, EN CONTENCIÓN MECANICA EN DOS PUNTOS. MAL ALINEADA; LENGUAJE CON DISCURSO REPETITIVO E INCOHERENTE, CON TENDENCIA A LA TAQUILALIA, HIPERQUINETICA, CON IDEAS MAGICOMISTICAS Y DE AUTOREFERENCIA ACTIVAS, S/P NO IMPRESIONA ALCINACIONES EN EL MOMENTO, AFECTO MAL MODULADO, INTROSPECCION Y PROSPECCION NULA, CON COMOPROMISO DEL JUICIO DE LA REALIDAD

Clínica Envel-Sede Spring

Dra Eliana Stigueria Ceballos

Rafael Jossion Sanchez

1136458-43

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/06 Hora: 15:09

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

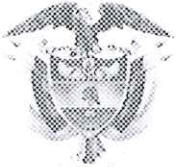
Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		-0	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA
							001

DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ		MORENO		DIANA		ISABEL	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		1057412490			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación			
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1995-11-27			
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:			CENTRO			Teléfono: 3133814996	
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:	MIRAFLORES	15455
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-S			Código: EPSS37	

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES


 MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/06 Hora: 15:09

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0	
				CC	<input type="checkbox"/>		DV	
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA					
Teléfono	8	7405030						
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ	MORENO	DIANA	ISABEL
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación			
		1057412490	
		Número documento de Identificación	
		Fecha de Nacimiento: 1995-11-27	
Dirección de la Residencia Habitual:		CENTRO	Teléfono: 3133814996
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: MIRAFLORES
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 06/04/2018 12:54

S: vo, objetivo y análisis: RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA: NOTA RETROSPECTIVA

NATURAL Y PROCEDENTE DE: MIRAFLORES

RELIGION: CATOLICA

OCUPACION: TRABAJA EN EL CAMPO

VIVE CON LA MAMA

PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD QUIEN ES REMITIDA DE CONSULTA EXTERNA; DADO QUE ALLI PACIENTE ES ENCONTRADA CON AGITACION PSICOMOTORA, PENSAMIENTO DESORGANIZADO.

EN LA ANAMNESIS SE ENCUENTRA CUADRO DE APROXIMADAMENTE 10 DIAS DE EVOLUCIÓN, DADO POR ALTERACIONES COMPORTAMENTALES "SALE A LAS 3 AM SUPUESTAMENTE A TRABAJAR, PERO NI SIQUIERA SE PONE BIEN LOS PANTALONES, DICE QUE LO ESTÁ COCIENDO Y LO QUE ESTA HACIENDO ES CON UNA PEINILLA DESTROZANDO EL PANTALON" IGUALEMTE REFIERE QUE SE HA TORNADO MAS AGRESIVA Y HA TENIDO IDEAS MAGICOMISTICAS " ME AMENAZA, DICE QUE ME VA A MATAR A MACHETAZOS PORQUE YO Y MIS HERMANAS LE HACEMOS BRUJERIA" FAMILIAR REFIERE QUE DURANTE LA SEMANA SANTA, SALIA A CAMINAR EN EL VIACRUZIS, MANIFESTADNO HABER HABLADO CON DIOS, QUE LO HICIERA PARA TRANQUILIZAR A LA POBLACION.

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA SIMPLE, QUIEN HACE UN AÑO HABIA ESTADO HOSPITALIZADO EN EL CRIB, DONDE SE LE DIÓ EGRESO CON CLOZAPINA DE 100 MG 1/4 TAB CADA 24 HORAS, RISPERIDONA 2 MG CADA 12 HORAS, BIPERIDENO 2 MG EN LA MAÑANA. DESDE HACE UN AÑO RISPERIDONA 2 MG CADA 3 DIA, ROM IGUAL ADMINISTRACION REGULAR DE LA MEDICACION. "ELLA DICE QUE SE SIENTE BIEN Y NO SE LOS TOMA, Y QUE HACIA UN TIEMPO LE DIJERON QUE SOLO DURABA 3 AÑOS LA ENFERMEDAD Y ESE TIEMPO YA HABIA PASADO"

ADECUADO FUNCIONAMIENTO DURANTE LOS ULTIMOS AÑOS

ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: ESQUIZOFRENIA SIMPLE

FARMACOLÓGICOS: CLOZAPINA, RISPERIDONA, BIPERIDENO

HOSPITALARIOS: HACE UN AÑO POR EXACERBACION DE SX DE PSICOSIS

QUIRÚRGICOS: NIEGA

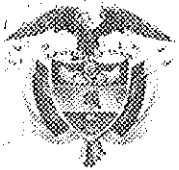
GINECOLÓGICOS: NO REFIERE

TOXICOS: NIEGA

ALÉRGICOS: NIEGA

Plan de manejo: PACIENTE FEMENINA DE 22 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA SIMPLE, QUIEN FUE ENVIADA DE CONSULTA EXTERNA POR CUADRO DE 10 DIAS DE EVOLUCION DADOS POR AGITACION PSICOMOTORA, CAMBIOS COMPORTAMENTALES, A "DAD DELIRANTE, DADA POR IDEAS MAGICO MISTICAS, HETEROAGRESIVIDAD. EN LA AMPLIACION DE LA ANAMNESIS IMPRESIONA M... ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. SE DECIDE HOSPITALIZAR POR PSIQUIATRIA, REAJUSTE EN LA MEDICACION, SE SOLICITAN PARACLINICOS Y REMISION A USM. SE HABLA CON FAMILIAR QUIEN REFIERE ESTAR DE ACUERDO, SE ACLARAN DUDAS QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR, SE INFORMA SOBRE NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/04/06 Hora: 13:09

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre		E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

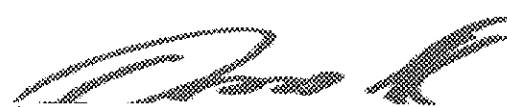
DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ		MORENO		DIANA		ISABEL	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1057412490	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1995-11-27	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			CENTRO			Teléfono: 3133814996	
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:	MIRAFLORES	15455
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-S			Código: EPSS37	

Diagnóstico:
F206 ESQUIZOFRENIA SIMPLE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal
L280 LIQUEN SIMPLE CRONICO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
R451 INQUIETUD Y AGITACION Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Notas de remisión:
REFERENCIA
REMISION A USM

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

	Registro: 962-03
---	------------------



IDENTIFICACION DEL PACIENTE	
Tipo y número de identificación: CC 1057412450	
Paciente: DIANA ISABEL SANCHEZ MORENO	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): 27/11/1995	
Educación y género: 22 Años, Femenino	
Identificador único: 630429	Financiador: NUEVA EPS S

Página 5 de 5

INFORME DE EPICRISIS

RESUMEN DE LA ATENCION DEL PACIENTE, DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO

Curso medicamentoso

HALOPERIDOL 5 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
LOPAXERAM 1 MG TABLETA
RISPERIDONA 2 MG TABLETA RECUBIERTA

Especialidades tratadas: MEDICO GENERAL

Especialidades de apoyo: PSIQUIATRIA

Tipo de tratamiento recibido durante la estancia: Médico

Causa de egreso: REMITIDO A OTRO NIVEL COMP

Condiciones previas a la salida:

PACIENTE EN SU SEGUNDO DIA DE HOSPITALIZACION POR ESQUIZOFRENIA CON SINTOMAS NEGATIVOS, CAMBIOS CONDUCTUALES Y CONDUCTAS DE HETEROAGRESIVIDAD, QUIEN NO HA PRESENTADO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. EN EL MOMENTO PACIENTE ESTABLE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE SIN SIGNOS DE SIHS, TOLERANDO VIA ORAL, QUIEN SE ENCUENTRA CON CONTENCIÓN MEDICINA TRAS EPISODIO DE AGITACION PSICOMOTORA, SE ENCUENTRA CON ANTIPSICOTICO RISPERIDONA PARA MANEJO DE SUS SINTOMAS, PENDIENTE REMISION A USM, SE CONTINUA IGUAL MANEJO, ACEPTADA EN CLINICA EMANUEL SE INICE EGRESO.

Unidades de estancia del paciente

INTERNACION, URGENCIAS

Diagnóstico principal de egreso: F200 - ESQUIZOFRENIA SIMPLE

Remitido a otra IPS: SI

Servicio de egreso: ESTANCIA GENERAL

Médico que elabora el egreso:

JUAN CARLOS ALBA MALDONADO, PSIQUIATRIA, Registro 151631-2004, CC 7176536