

Fecha Actual : domingo, 15 julio 201

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.

900959051

Secretaría de Salud
Subred Integrada de Servicios de Salud
Centro Oriente E.S.E.

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

2018-21767

No de Solicitud

257813

Fecha de radicación de la Referencia

15/07/2018 17:58:52

Hora de radicación de la Referencia

5:58:52 p. m.

Tipo Usuario Ambulatorio

Tipo Remisión

130

1. Ambulatorio

2. En Urgencias

3. Hospitalización

1. Electiva

2. Electiva Prioritaria

3. Urgente

4. Hospitalización

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente: LUISA MARIA LEAL CASTRO

Identificación: 1000293441

1000293441

Sexo: Femenino

Fecha Nacimiento: 10/04/03 12:00:00 a. m.

Edad Actual: 15 Años \ 3 Meses \ 5 Días

AREA DE SERVICIO

ISCU04

INGRESO

3089435

Dirección: CARRERA 24 C # 14

Teléfono: 3016473575

Localidad

LOC. SAN CRISTOBAL

CC Cedula de Ciudadanía

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: JHON RAMIREZ

Teléfono Resp: 3162772954

Dirección Resp: FUNCIONARIO FUNDACION EDUCAR COLOMBIA

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente: Contributivo

Nivel SocioEconómico:

0

SISBEN Nivel SocioEconómico:

0

Ficha SISBEN:

Tipo de Población Especial:

Entidad Administradora RC056 - NUEVA EPS-C

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

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO

F919

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO

IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERRNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA

38271

ISC - UMHS SANTA CLARA

2 F B 0 2

UNIDAD DE JOVENES Y ADOLESCENTES

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:

I NIVEL:

II NIVEL:

III NIVEL:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

INTENTO DE SUICIDIO

PACIENTE PEMENINO, ADOLESCENTE, INSTITUCIONALIZADA DESDE LOS 10 AÑOS EN HOGAR DE PROTECCION, CON HISTORIA DE RASGOS MALADAPTATIVOS DE PERSONALIDAD, CON MÚLTIPLES GESTOS SUICIDAS, CONDUCTAS DE MANIPULACIÓN, Y POCA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN, SIN UN CUADRO CLARO DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EVIDENTES O PSICOTICOS. CON MÚLTIPLES HOSPIALIZACIONES EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, SIENDO LA ULTIMA HASTA HACE 8 DIAS, ES TRASLADADA NUEVAMENTE DESDE INSTITUCION DADO QUE DESDE SU EGRESO HA PRESENTADO MARCADA ANSIEDAD, ALTERACION EN EL SUEÑO Y REALIZACION DE CONDUCTAS AUTOLESIVAS Y DOS GESTOS SUICIDAD CON AHORACAMIENTO, SIENDO EL ULTIMO EL DIA DE HOY.

Examen Físico:

LESIONES EN ENTEBRAZDO

Signos Vitales

FC: 0 x Min |

FR: 0 x Min |

GlasGow: 0

TC: 0.0000 |

Peso: 0.0000

Resultados Exámenes Diagnósticos:

Ginecobstétricos:

G: 0 |

P: 0 |

A: 0 |

C: 0 |

Edad Gestante: 0

FCF: 0 |

Alt Uterina:

0

Actividad Uteri

Actividad Uterina Regula

Aminorrea

Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

PACIENTE ADOLESCENTE, CON T DE LA PERSONALIDAD, DEPRESION NO ESPECIFICADA Y ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA, INSTITUCIONALIZADA DESDE LOS 10 AÑOS EN HOGAR DE PROTECCION, SIN CONCIENCIA DE ENFERMEDAD, CON RE-ACTIVACION DE SINTOMAS AFECTIVOS Y ANSIOSOS, ASOCIADA A CONDUCTA SUICIDA, EN QUE SE OBSERVAN RASGOS MANIPULATORIOS Y FRONTERIZOS DEL CARACTER, EN EL MOMENTO ESTABLE, SIN RESONAR IDEACION SUICIDA NI DE SINTOMATOLOGIA PSICOTICA. SIN EMBARGO POR ALTO RIESGO DE ACTUACION Y LIMITACION DE SU CUIDADO EN EL HOGAR, SE DECIDE RE INGRESO A SALUD MENTAL PARA AJUSTE DE MEDIACION, VIGILANCIA DE CONDUCTA Y CONTECION AMIENBTAL. SE EXPLICA PLAN

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado

2. Falta de Insumos

3. Falta de Insumos

5. Falta de Camas

6. Emergencia Sanitaria

7. Emergencia Sanitaria

8. Ausencia de Convenio

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:

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico MIRANDA JIMENEZ RAFAEL JOSE

Registro 84451899



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.
SECRETARÍA DE SALUD

COMPROBADOR DE DERECHOS

Secretaría Distrital de Salud

Seguimiento Administrativo Ente Territorial al R. Subsidiado - Fuente: Secretaria Distrital de Salud - Fecha de corte: 17/07/2018

Sin datos en el régimen Subsidiado

Subsidiado Bogotá - ¡ Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDU-A-ADRES - Fecha de corte: 30/06/2018

Consultar Historico Afiliados BDU-A Bogotá D.C.

Contributivo Bogotá - ¡ Cierre Mes Anterior ! (verificar estado actual en ADRES) - Fuente: BDU-A-ADRES - Fecha de corte: 30/06/2018

Sin Datos en el Régimen Contributivo

NO DISPONIBLE - Fuente: NO DISPONIBLE - Fecha de corte:

No se encontraron registros

Encuesta Sisbén Metodología III - Fuente: Departamento Nacional de Planeación - Fecha de corte: 30/05/2018

No se encontraron registros

Registros Población Especial - Fuente: Listados censales de autoridades competentes - Fecha de corte: 17/07/2018

Ver	Consecutivo	Tipo Id.	No. Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Tipo Población	Observación
Datos	136878453	TI	1000293441	LEAL	CASTRO	LUISA	MARIA	ESPECIALES	Es responsabilidad del respectivo Ente Territorial donde se encuentre *