

**EPS SANITAS**  
**"FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES"**  
**HISTORIA CLINICA N° 1015430031**  
**GENERADO: 06/07/2018 16:48**

REMITIDO DE	UNIDAD URGENCIAS PUENTE ARANDA		
FECHA REMISIÓN	06/07/2018	HORA	16 MINUTO 48
SERVICIO AL CUAL REMITE	SIQUIATRIA		
NIVEL			
APELLIDOS	SAENZ NIETO	NOMBRES	MARIA DE LOS ANGELES
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1015430031	EDAD AÑOS	SEXO F
ENTIDAD DE AFILIACIÓN	E.P.S. SANITAS		

**DATOS DE LA ATENCIÓN**

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

MOTIVO DE CONSULTA: ME SIENTO MAL ENFERMEDAD ACTUAL: REIERE CUADRO DE MESES DE EVOLUCION DE LLANTO LABIL, SENSACION DE SOLEDAD, INSOMNIO, SOMNOLENCIA, REFIERE QUE INCREMENTA HACE 2 DIAS POSTERIOR A QUE SU MAMA LE SACO LAS COSAS DE LA CASA, AUMENTO DE LOS SINTOMAS, IDEACION SUICIDA REFIERE QUE PENSO TOMARSE UN COCTEL DE MEDICAMENTOS, REFIERE ESTA CON FLUOXETINA 20 MG (AUTOMEDICO) HACE 15 DIAS, POR LO CUAL ASISTE, NO VE MEJORIA, REFEIRE QUE NO TIENE PAREJA ACTUALMENTE

APP: DEPRESION ???, ALERGIA: NIEGA, QX: APENDICECTOMIA, GO: G1A1, PLANIFICACION CON DEPO-PROVERA

**ANTECEDENTES**

ANOTADOS

**EXAMEN FÍSICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO**

SIGNOS VITALES: TA 125/80, FC 73, FR 18, T 36, SAO2 96%.  
BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, HIDRATADA, ORIENTADA EN 3 ESFERAS, NO ALGIDA  
CABEZA: NORMOCEFALO, PUPILAS NORMOREACTIVAS, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS MUCOSA ORAL HUMEDA ROSADA.  
CUELLO: CILINDRICO, MOVIL, NO ADENOPATIAS.  
MENTAL: LLANTO LABIL, RESPONDE ADECUADAMENTE INTERROGATORIO, LUCE ANSIOSA, NO HOSTILIDAD POR EL MOMENTO, REFIERE NO TIENE APOYO DE SUS PADRES

**RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y CONDICIÓN AL EGRESO**

PACIENTE FEMENINA DE 26 AÑOS CON SINTOMAS DE LLANTO LABIL, REFIERE SENTIRSE SOLA, NO TIENE APOYO FAMILIAR, REFEIRE LA ULTIMA SEMANA IDEACION SUICIDA EN MANEJO CON FLUXETINA 20 MG LA CUAL AUTOMEDICO, REFEIRE ANTECEDENTE SIMILAR HACE 6 AÑOS PERO NO CONSULTO, SE CONSIDERA EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

**MOTIVOS REMISIÓN**

ESTADO DEPRESIVO

**OBSERVACIONES** ESPIDOSIO DEPRESIVO CON IDEACION SUICIDA

**FIRMA Y SELLO MÉDICO**

**NOMBRE** DIANA MARCELA FINO ARBELAEZ

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** CC 1016014275

**REGISTRO MÉDICO** 1016014275

**FIRMA USUARIO**

Firmado electrónicamente