

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/15 Hora: 15:29

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

-0

CC ☐

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

SOLER ARIAS CARMENZA NO TIENE
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

23983754

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1963-06-03

Dirección de la Residencia Habitual: CRA 15 25 80 Teléfono:
Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001
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

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

Número Documento Identificación

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:

PACIENTE FEMENINA DE 55 AÑOS DE EDAD QUIEN TIENE ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN MANEJO CON HALOPERIDOL ASISTE EN COMPAÑIA DE SU HIJO QUIEN REFIERE QUE SU MADRE HA PRESENTADO CONDUCTAS AGRESIVAS EN LA ULTIMA SEMANA EN CONTRA DE SU HIJO Y SU MAMA, ADEMAS REFIERE " NO RECIBE LA COMIDA Y LA BOTA "

Examen Físico:

Neurológico y Mental:
Neurológico y Mental: Normal, PACIENTE CON SORDERA ACTITUD DE INTERES ALERTA CONSIENTE ORIENTADA EN PERSONA, LUGAR, NO EN FECHA, ATENCION EUPROSEXICA, SUEÑO CON ALTERACION, AFECTO PLANO, PENSAMIENTO ASOCIACION DE IDEAS LAXA, POBRE PRODUCCION DEL DISCURSO, CONCRETA, REFERENCIAL HACIA FAMILIARES, SENSORPERCEPCION SIN ALTERACION APARENTE INTROSPECCION Y JPROSPECCION NULA, JUICIO DEBILITADO, CONDUCTA MOTORA CON INQUIETUD, INTELIGENCIA IMPRESIONA POR DEBAJO DEL PROMEDIO.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/15 Hora: 15:29

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

SOLER	ARIAS	CARMENZA	NO TIENE									
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre									
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td rowspan="4"> <p>23983754</p> <p>Número documento de Identificación</p> </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> </tr> </table> <p>Fecha de Nacimiento: 1963-06-03</p>				<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<p>23983754</p> <p>Número documento de Identificación</p>	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	<p>23983754</p> <p>Número documento de Identificación</p>										
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación											
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación											
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería												
Dirección de la Residencia Habitual:		CRA 15 25 80	Teléfono:									
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001									
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: 2018/08/15 Hora: 15:29

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231
CC ☐

-0
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

SOLER ARIAS CARMENZA NO TIENE
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

23983754

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1963-06-03

Dirección de la Residencia Habitual: CRA 15 25 80 Teléfono:
Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S Código: EPSS37

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 15/08/2018 13:24

Subjetivo, objetivo y análisis: VLAORACION POR PSIQUIATRIA -NOTA RETROSPECTIVA

NATURAL: RONDON
PROVIENE TUNJA
CUPACION HOGAR
ACOMPAÑANTE: HIJO SEBASTIAN SOLER
ESCOLARIDAD: ANALFABETA
MC Y EA

PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE DE RETARDO MENTAL CON TX DE LA CONDUCTA - TX PSICOTICO-SORDERA, RECIBIO TRATAMIENTO CON HALOPERIDOL 5 GOTAS/ 8 HORAS, DIFENHIDRAMINA CAPSULA 50 MG 1 DIARIA POR 2 MESES, CON MEJOR CONTROL DE SX CONDUCTUALES, DESDE HACE 30 DIAS SUSPENSION DEL TTO, PRESENTANDO REACTIVACION DE SX PSICOTICOS, CONDUCTUALES, HIJO REFIERE QUE HA PRESENTADO CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TENDENCIA A LA DROMOMANIA, HETEROAGRESION Y REFERENCIALIDAD HACIA FAMILIARES, INQUIETUD MOTORA, CONDUCTAS BIZARRAS "SACA LAS COSAS, LAS ROMPE, ES A PEGARLE A UNO", SOLILOQUIOS, RISAS INMOTIVADAS, COPROLALIA, ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO, EN OCASIONES LLEGANDO A INSOMNIO GLOBAL "NIEGA HACER COSAS CUANDO LA ESTA HACIENDO", MOTIVO POR LO CUAL LA TRAEN COMENTA QUE ESTOS TX DE LA CONDUCTA SE PRESENTAN DESDE HACE VARIOS AÑOS, DONDE PRESENTABA RECAIDAS CADA 6 MESES, DONDE DURABAN 1 SEMANA, REMISION DE LOS MISMOS, DURANTE ESTE AÑO, LA SX HA SIDO CONTINUA. HACE 2 MESES PRESENTO ULTIMA EPISODIO, FAMILAIR REFIERE QUE ANTES PRESENTABA SOLO 1 O 2 CRISIS AL AÑO PERO AHORA SE HA EXACERVADO.

ANTECEDENTES

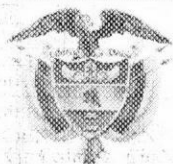
PERSONALES: TAB NO ES
FAMILIARES: 2 HERMANOS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, NO CONOCEN DX, RECIBIAN MANEJO CON PSICOFARMACOS
FARMACOLOGICOS: FAMILAIR REFIERE QUE HA TOMADO DIFENHIDRAMINA Y HALOPERIDOL UNICAMENTE
TOXICOS Y ALERGICOS: ACCIDENTE OFIDICO HACE 20 AÑOS
QX: NIEGA

Análisis de resultados: PARACLINICOS EXTRA INSTITUCIONALES
TAC DE CRANEO SIMPLE EN RANGO DE NORMALIDAD

TSH 1.86

Plan de manejo: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA A NIVEL PERSONAL Y FAMILIAR DESDE HACE 30 DIAS ACTIVIDAD DELIRANTE, TX DE LA CONDUCTA, ALT DEL PATRON DE SUEÑO, QUE GENERAN MALESTAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO, DETERIORO DE SU FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISO DE SU JUICIO DE REALIDAD, QUE REQUIEREN MANEJO HX EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PSIQUIATRIA, CONDICION QUE SE INFORMA TANTO A PTE COMO A FAMILIAR, NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS
SS PARACLINICOS.

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/15 Hora: 15:29

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

SOLER	ARIAS	CARMENZA	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	23983754	
<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: 1963-06-03	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		CRA 15 25 80	Teléfono:
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	Código: EPSS37

Diagnóstico:

F317 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR - ACTUALMENTE EN REMISION Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal
F719 RETRASO MENTAL MODERADO: DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
F238 OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
Z818 HISTORIA FAMILIAR DE OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:

REFERENCIA
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA A NIVEL PERSONAL Y FAMILIAR DESDE HACE 30 DIAS ACTIVIDAD DELIRANTE, TX DE LA CONDUCTA, ALT DEL PATRON DE SUEÑO, QUE GENERAN MALESTAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO, DETERIORO DE SU FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISO DE SU JUICIO DE REALIDAD, QUE REQUIEREN MANEJO HX EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PSIQUIATRIA, CONDICION QUE SE INFORMA TANTO A PTE COMO A FAMILIAR, NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS SS PARACLINICOS.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03