

**900959051**

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A**

No de Planilla

No de Solicitud

**246880**

Fecha de radicación de la Referencia

**17/06/2018 23:10:03**

Hora de radicación de la Referencia

**11:10:03 p.m.**

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	3
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	
1. Electiva <input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>	3. Urgente <input type="checkbox"/>	4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombre Paciente:	DANIELA REAL MARTINEZ	Identificación:	1018490452	1018490452	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento :	20/02/1995 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	23 Años \ 3 Meses \ 26 Días	AREA DE SERVICIO	ISCU02	INGRESO
Dirección:	CALLE 34A 4A 27 SUR	Teléfono:	3634236 3228620134	Localidad	BOGOTA	
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:	NANCY MARTINEZ	Teléfono Resp:	3634236 3228620
Dirección Resp:	CALLE 34A 4A 27 SUR		

**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. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

**SOLICITUD DE REFERENCIA**

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	F323

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA	38274	1SC - UMHES SANTA CLARA	2	F	B	0	2				
--	-------	-------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

**RESUMEN HISTORIA CLÍNICA**

Anamnesis	HORA DE ATENCION 21+25 "ME SIENDO MAL"					
	PACIENTE CONSULTA POR CUADRO DE 6 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN DIFICULTAD EN LA CONCILIACION DEL SUEÑO, REFIERE DORMIR 2 HORAS EN LA NOCHE, ASOCIADO A LLANTO LABIL, SENSACION DE ANGUSTIA, ALUCINACIONES AUDITIVAS "DICEN QUE ME HAGA DAÑO"					
Examen Físico:	SIN HALLAZGOS DE IMPORTANCIA					
Signos Vitales	TA: 93/75	FC: 120 x Min	FR: 20 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 45,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR CON GESTO SUICIDA E IDEAS SUICIDAS ACTIVAS AL QUE SE SUMA ACTIVIDAD ALUCINATORIA CON VOCES QUE LE DICEN QUE SE MATE, LA PACIENTE EN LA VALORACION SE ENCUENTRA MARCADAMENTE DEPRESIVA, CON IDEAS SUICIDAS ACTIVAS, SIN CRITICA FRENTE A SUS IDEAS AUTOLITICAS Y CON JUICIO DEBIL. DEBE EMEZAR TRATAMIENTO INTRAMURAL Y DESCARTARSE ORGANICIDAD POR PARACLINICOS. SE SOPLICITAN PARACLINICOS Y SE EMPIEZAN PSICOFARMACOS Y VIGILANCIA ESTRCITA A CONDUCTA,
-------------------------------	---

**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:

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico OSORIO MARTINEZ NELSON RICARDO

Registro 19416707