

Hospital Occidente de Kennedy III Moas
Remisión no tramitada por CUBRED

52914 05 MAR 2019

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE

900959048

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

HORA:

RECIBIDO POR:

No de Solicitud

5205

Fecha de radicación de la Referencia

05/03/2019 12:29:55

Hora de radicación de la Referencia

12:29:55 p. m.

tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	53
1. Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	1. Electiva	<input type="checkbox"/>
2. En Urgencias	<input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria	<input type="checkbox"/>
3. Hospitalización	<input type="checkbox"/>	3. Urgente	<input type="checkbox"/>
		4. Hospitalización	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	FELIPE ANDRES RESTREPO PINTO	Identificación:	1012344737	1012344737	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento:	31/08/1988 0:00:00	Edad Actual:	30 Años \ 6 Meses \ 5 Días	AREA DE SERVICIO	KE10B02	INGRESO
Dirección:	CARRERA 99 # 61 A 47 SUR	Teléfono:	3204613079	Localidad	LOC. KENNEDY	
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:	LUISA MEDINA	Teléfono Resp:	3204613079			
Dirección Resp:	CARRERA 99 # 61 A 47 SUR					
AFILIACION SGSSS						
tipo Paciente:	Subsidiado	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0	
Fecha SISBEN:		Tipo de Población Especial:				
Entidad Administradora	RS_026_2 - EPS FAMISANAR SUBSIDIADO	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros				

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200
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	512710
COMPLEJIDAD MEDIANA	KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY
UNIDAD DE SALUD MENTAL	2 F B U 2
NIVEL DE ATENCION REQUERIDO:	I NIVEL: <input type="checkbox"/> II NIVEL: <input type="checkbox"/> III NIVEL: <input type="checkbox"/>

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	HORA DE ATENCION 23+20 ESTA AGRESIDO
Examen Físico:	PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE MAS O MENOS 7 HORA DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR ALUXCIANACIONES VISUALES Y AUDITIVAS, CON HETEROAGRESIVA, PACIENTE CONSUMIDOR DE SPA, ES TRAIDO EN AMBULANCIA BASICA MOVIL 5179, QUEIN INMOVILIZACION DE 4 PUNTOS, POR LO CUAL CONSULTA ALERTA, ORIENTADO CYC: ESCLERAS ANICTERICAS, ISOCORIA, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ROSADA E HIDRATADA. CUELLO MÓVIL. CP: RCSC NORMALES SIN SOPLOS, RSRS CONSERVADOS SIN AGREGDOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A PALPACIÓN, SIN MASAS NI MEGALIAS PALPABLES, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: EUTRÓFICAS, LLENADO CAPILAR < 2 SEG.
Signos Vitales	TA: 117/58 FC: 72 x Min FR: 20 x Min GlasGow: 15 TC: 0 Peso: 70,000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	NO SE REALIZAN.
Ginecobstétricos:	G: 0 P: 0 A: 0 C: 0 Edad Gestante: 0 FCF: 0 Alt Uterina: 0
<input type="checkbox"/> Actividad Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran	

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE VS. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO, ANTECEDENTE DE CONSUMO DE THC E INHALANTES. EN EL MOMENTO CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS Y ANSIEDAD DE CONSUMO, QUIEN REQUIERE HOSPITALIZACIÓN EN LA USM.

MOTIVO REFERENCIA

- | | | | | | | | | | |
|----------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| 1. Servicio no ofertado | <input type="checkbox"/> | 3. Falta de Insumos | <input type="checkbox"/> | 5. Falta de Camas | <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia Sanitaria | <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de Convenio | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia de Profesional | <input type="checkbox"/> | 4. Falta de Equipos | <input type="checkbox"/> | 6. Cese de Actividades | <input type="checkbox"/> | 8. Requiere manejo otro nivel | <input type="checkbox"/> | 10. Devolucion Injustificada | <input type="checkbox"/> |
| 11. Otro: | <input checked="" type="checkbox"/> | Otro | | | | | | | |

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

La salud
es de todos

Minsalud

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de Afiliados en la Base de Datos Única de Afiliados al Sistema de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1012344737
NOMBRES	FELIPE ANDRES
APELLIDOS	RESTREPO PINTO
FECHA DE NACIMIENTO	*/*/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	FAMISANAR E.P.S. LTDA - CAFAM - COLSUBSIDIO -CM	SUBSIDIADO	01/09/2017	31/12/2999	CABEZA DE FAMILIA

Fecha de
Impresión:

03/05/2019 15:11:59

Estación de
origen:

190.25.249.198

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las Entidades en cumplimiento de la Resolución 4622 de 2016.

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**, establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la BDUA, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las entidades y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si usted encuentra una inconsistencia en la información publicada en ésta página, por favor remítase a la EPS en la cual se encuentre afiliado y solicite la corrección de la información inconsistente sobre su afiliación. Una vez realizada esta actividad, la EPS debe remitir la novedad correspondiente a la ADRES, conforme lo establece la normatividad vigente.

[IMPRIMIR](#) [CERRAR VENTANA](#)