

ANEXO TÉCNICO No. 9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES


Orlene

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL		Pag 1 / 2	
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES			
INFORMACION DEL PRESTADOR		Fecha: 2018 - 05 - 05 Hora: 08:28	
Nombre: SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA		NIT CC	891856507 9
Código: 152380109901	Dirección prestador: TRANSVERSAL 29 N. 9C-41		
Teléfono: 7604757 7602579 FAX: 7619303	Departamento: BOYACA	1 5	Departamento: BOYACA 2 3 8
DATOS DEL PACIENTE			
GIL GIL LUIS FLODIPEDez			
Tipo Documento de Identificación		7225736	
<input type="checkbox"/> ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> REGISTRO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE <input type="checkbox"/> MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CEDULA DE <input type="checkbox"/> PASAPORTE		Numero documento de identificación	
Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 5 NO 20-32		Fecha de Nacimiento: 1971 - 01 - 14	
Departamento: BOYACA	15	Municipio: DUITAMA	238
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	CAPITACION NUEVA EPS PGP		CODIGO EPS037
DATOS DEL PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE			
Tipo Documento de Identificación		Numero documento de identificación	
<input type="checkbox"/> ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> REGISTRO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE <input type="checkbox"/> MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CEDULA DE <input type="checkbox"/> PASAPORTE			
Dirección de Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:	Municipio:		
PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE			
Nombre: HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE		Teléfono: (098) 7 604756 / 7 604756 / Ext 1138 - 1140	
Servicio Que Solicita la referencia: URGENCIAS		Telefono Celular 315-317-3522 / 313-853-4091	
Servicio Para el cual se solicita la referencia: PSIQUIATRIA. UNIDAD PSIQUIATRICA			
INFORMACION CLINICA RELEVANTE			
<p>Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.</p>			
<p>** CONSULTA ** Fecha: 04/05/2018 Hora: 07:03:31 p.m.</p> <p>DATOS DE INGRESO</p> <p>VIA INGRESO: URGENCIAS FECHA: 04/05/2018 HORA: 07:03:31 p.m. CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL</p> <p>MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE TRAÍDO POR LA ESPOSA QUIEN REFIERE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA DEPRIMIDO DESDE HACE TRES DÍAS IDEACIÓN SUICIDA Y PARANOIDE, LA ESPOSA REFIERE QUE INTENTÓ LESIONARSE CON UN CUCHILLO. ANTECEDENTE DE CUADRO SIMILAR HACE 2 AÑOS, SIN MEDICACIÓN. HA TENIDO TRATAMIENTO CON PSICOLOGÍA</p> <p>ANTECEDENTES: ANTECEDENTES FAMILIARES : *** NIEGA ANTECEDENTES PERSONALES: *** OBESIDAD. OCUPACION MANTENIMIENTO MECÁNICO ACERIAS PAZ DEL RIO *** OBESIDAD. ANTECEDENTES ALERGICOS: *** NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA *** NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSAS ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS: *** NIEGA ANTECEDENTES QUIRURGICOS: *** APENDICECTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS *** APENDICECTOMIA, + DRENAJE DE PERITONITIS</p> <p>REVISIÓN POR SISTEMA: NORMAL EXAMEN FÍSICO: CONCIENTE, POCO COLABORADOR, LLANTO EN LA CONSULTA TA: 116/80 FC: 95 FR: 18 TEMPERATURA: 36°C SaO2: 95 PESO: 125Kg TALLA: 1,85cm IMC: 36,52 DOLOR: 10 Glasgow: 15 </p> <p>CABEZA Y CUELLO: MUCOSA ORAL HÚMEDA TORAX Y CARDIOPULMONAR: AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS, ABDOMEN: ABUNDANTE PANÍCULO ADIPOSO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO NEUROLOGICO: CONCIENTE, DEPRESIVO, APÁTICO, MELANCOLÍCO, BAJA AUTOESTIMA, NO HAY DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO PELVIS Y GENITOURINARIO: ESTABLE DORSO Y EXTREMIDADES: SIN LESIÓN APARENTE PIEL Y FANERAS: SIN LESIÓN APARENTE OTROS: SIN LESIÓN APARENTE</p> <p>DIAGNOSTICO PRINCIPAL: F323 : EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: CONFIRMADO NUEVO</p> <p>CONDUCTA:</p> <p>PRESCRIPCIÓN MEDICAMENTOS 04/05/2018 08:09:15 p.m.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. :DEJAR EN OBSERVACIÓN 2. :DIETA CORRIENTE 3. :P.R.N ADAPTER 4. :HALOPERIDOL INY AMPOLLA 5 MG/1 ML Dosis: 5 MG Via: I.V. Cada: 24/ UNICA Obs.: AHORA 5. :ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLETAS Dosis: 0,5 MG Via: V.O. Cada: 12/h 6. :OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS Dosis: 20 MG Via: V.O. Cada: 24/h Obs.: EN AYUNAS 			

CLINICA EMANUEL
BOGOTA
ACEPTA DRA LISIANA CEBALLO
CALLE 136 NO 52A - 46.

ANEXO TÉCNICO No. 9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL		Pag 2 / 2	
 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES		A1551147	
		Fecha: 2018 - 05 - 05	Hora: 08:28
INFORMACION DEL PRESTADOR			
Nombre: SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA		NIT	891856507
		CC	9
Código: 152380109901		Dirección prestador: TRANSVERSAL 29 N. 9C-41	
Teléfono: 7604757 7602579 FAX: 7619303		Departamento: BOYACA	2 3 8
DATOS DEL PACIENTE			
GIL GIL LUIS FLODIPEDez			
Tipo Documento de Identificación		7225736	
<input type="checkbox"/> ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> REGISTRO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE <input type="checkbox"/> MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CEDULA DE <input type="checkbox"/> PASAPORTE		Número documento de identificación	
		Fecha de Nacimiento: 1971 - 01 - 14	
Dirección de Residencia Habitual: CARRERA 5 NO 20-32		Teléfono: 3118960152	
Departamento: BOYACA	15	Municipio: DUITAMA	238
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO	CAPITACION NUEVA EPS PGP	CODIGO	EPS037
DATOS DEL PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE			
Tipo Documento de Identificación		Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> REGISTRO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> CEDULA DE <input type="checkbox"/> MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CEDULA DE <input type="checkbox"/> PASAPORTE			
Dirección de Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:	Municipio:		
PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE			
Nombre: HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE	Teléfono:	(098) 7 604756 / 7 604756 / Ext 1138 - 1140	
Servicio Que Solicita la referencia: URGENCIAS	Teléfono Celular	315-317-3522 / 313-853-4091	
Servicio Para el cual se solicita la referencia: PSIQUIATRIA. UNIDAD PSIQUIATRICA			
INFORMACION CLINICA RELEVANTE			
7. :SS VALORACIÓN PSIQUIATRÍA, PSICOLOGÍA 8. :C S V			
HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE MEDICO GENERAL R.M. 06778 ** EVOLUCION MEDICA ** Fecha: 05/05/2018 Hora: 02:31:15 a.m. DIAGNOSTICO: * Dx Principal: F323 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS GONZALEZ VASQUEZ MARTHA LILIANA MEDICO GENERAL R.M. 3913 ** EVOLUCION MEDICA ** Fecha: 05/05/2018 Hora: 08:23:20 a.m. DIAGNOSTICO: * Dx Principal: F323 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS SUBJETIVO: PACIENTE ANSIOSO, DEPRESIVO, OBJETIVO: TA: 113/61 FC: 79 FR: 18 TEMPERATURA: 36°C SaO2: 85 Glasgow: 15 CONCIENTE, COLABORADOR, AFEBRIL, HIDRATADO, AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS, ABDOMEN : ABUNDANTE PANICULO ADIPOSO, BALMDO, DEPRESIBEL, NO DOLOROSO, ANSIOSO, DEPRESIVO, MELANCÓLICO ANÁLISIS Y JUSTIFICACIÓN: PACIENTE CON DEPRESIÓN, ANSIEDAD SS VALORACIÓN PISCOLOGÍA O REMISIÓN PSIQUIATRÍA HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE MEDICO GENERAL R.M. 06778 HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE			
05/05/2018 08:30 a.m. HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE			



Clínica Boyacá

TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7604757 FAX -
7631386 DUITAMA email: clinicaboyaca@gmail.com

HISTORIA CLINICA

URGENCIAS

7225736

CAPITACION N° 11111111111111111111

A1551147

S4759588

Pag 1 / 1

Nombre:	GIL GIL LUIS FLODIPEDez			Cedula De Ciudadania No.:	7225736
Fecha Nacimiento:	14/1/1971	Edad:	47 Años	Sexo:	Masculino
Dirección:	Carrera 5 No 20-32			Departamento:	Boyaca
				Municipio:	Duitama

CONSULTA

**** CONSULTA **** Fecha: **04/05/2018** HORA: 07:03:31 p.m.

DATOS DE INGRESO

VIA INGRESO: URGENCIAS

FECHA: 04/05/2018

HORA: 07:03:31 p.m.

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

PACIENTE TRAÍDO POR LA ESPOSA QUIEN REFIERE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA DEPRIMIDO DESDE HACE 2 AÑOS, LA ESPOSA REFIERE QUE INTENTÓ LESIONARSE CON UN CUCHILLO. ANTECEDENTE DE CUADRO SIMILAR HACE 2 AÑOS. EL PACIENTE HA TENIDO TRATAMIENTO CON PSICOLOGÍA

ANTECEDENTES:

ANTECEDENTES FAMILIARES : *** NIEGA

ANTECEDENTES PERSONALES: *** OBESIDAD. OCUPACION MANTENIMIENTO MECÁNICO ACERIAS PAZ DEL RIO *** DEPRIMIDO.

ANTECEDENTES ALERGICOS: *** NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA *** NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

ANTECEDENTES FARMACOLOGICOS: *** NIEGA

ANTECEDENTES QUIRURGICOS: *** APENDICECTOMIA + DRENAJE DE PERITONITIS *** APENDICECTOMIA, + DRENAJE DE PERITONITIS

REVISION POR SISTEMA: NORMAL

EXAMEN FISICO: CONCIENTE, POCO COLABORADOR, LLANTO EN LA CONSULTA

TA: 116/80 | FC: 95 | FR: 18 | TEMPERATURA: 36°C | SaO2: 95 | PESO: 125Kg | TALLA: 1,85cm | IMC: 36.5 | Glasgow: 15 |

CABEZA Y CUELLO: MUCOSA ORAL HÚMEDA

TORAX Y CARDIOPULMONAR: AUSCULTACIÓN CARDIOPULMONAR SIN AGREGADOS,

ABDOMEN: ABUNDANTE PANÍCULO ADIPOSEO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

NEUROLOGICO: CONCIENTE, DEPRIMIDO, APÁTICO, MELANCÓLICO, BAJA AUTOESTIMA, NO HAY DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO

PELVIS Y GENITOURINARIO: ESTABLE

DORSO Y EXTREMIDADES: SIN LESIÓN APARENTE

PIEL Y FANERAS: SIN LESIÓN APARENTE

OTROS: SIN LESIÓN APARENTE

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: F32.3 : EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS

TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: CONFIRMADO NUEVO

CONDUCTA:

PRESCRIPCION MEDICAMENTOS 04/05/2018 08:09:15 p.m.

1. :DEJAR EN OBSERVACIÓN
2. :DIETA CORRIENTE
3. :P.R.N ADAPTER
4. :HALOPERIDOL 5 MG/1 ML | Dosis: 5 MG | Via: I.V. | Cada: 24/ UNICA | Obs.: EN AYUNAS
5. :ALPRAZOLAM 0.5 MG TABLETAS | Dosis: 0,5 MG | Via: V.O. | Cada: 12/h
6. :OMEPRAZOL 20 MG TABLETAS | Dosis: 20 MG | Via: V.O. | Cada: 24/h | Obs.: EN AYUNAS
7. :SS VALORACION EN PSICOTRIA, PSICOLOGÍA
8. :C S V

HERNANDEZ DE LEON PEDRO FELIPE
MEDICO GENERAL R.M. 0677

DATOS DE EGRESO

FECHA EGRESO: HORA EGRESO:

ESTADO A LA SALIDA: VIVO

Fin

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 7.225.736

GIL GIL

APELLIDOS

LUIS FLODYPEDEZ

NOMBRES


FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 14-ENE-1971

PAZ DE RIO
(BOYACA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.81

ESTATURA

B+

G.S. RH

M

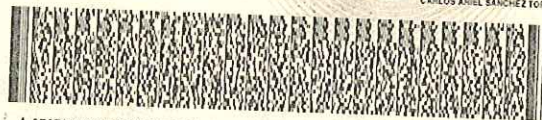
SEXO

15-ENE-1989 DUITAMA

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO



A-0707900-00176443-M-0007225736-20090910

0015873097A 1

27668749