

# REFERENCIA

Dirección Prestador: Avenida de las Américas 71C 29. Telefono: 4254620 ext 666 o 122. Codigo Prestador : 110010966601 Departamento - Municipio Bogota (Bogota D.C.)

No. Documento: 41537962 **Fec. Registro:** 21/06/18 10:32 Folio: 17 Tipo de Documento: CédulaCiudadanía Ingreso: 1719559

Nombre del Paciente: CLARA CRISTINA CARREÑO GONZALEZ Fecha de Ingreso: 19/06/2018 11:40

Nivel/Estrato: NIVEL I **Fec. Nacimiento:** 25/12/1951 **Edad:** 66 AÑOS - 5 MESES - 26 DÍAS Sexo: Femenino Estado Civil: Soltero Tipo Vinculación: Contributivo

**Dirección:** CARRERA 93 D 6 - 37 TO 13 AP 203 Causa Externa: Enfermedad General

**Telefono:** 3880224 Area de Servicio: UNIDAD DE CUIDADO INTERM

**Departamento - Municipio:** BOGOTA (BOGOTA) Ocupación: EMPLEADO

Entidad Aseguradora: ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD

FAMISANAR SAS

**RESPONSABLE DEL PACIENTE:** 

Nombres: MARIA EUGENIA CARREÑO **Tel:** 3045651267

Tipo Identificación: Ninguno Dirección:

Número: Departamento - Municipio : BOGOTA (BOGOTA)

Parentesco: HERMANA

### **RESUMEN DE HISTORIA CLINICA**

\*\*\* UCI INTERMEDIO - TURNO DIA \*\*\* MEDICINA INTERNA, REVISTA DR HERNANDEZ.

IDX.

1. INTOXICACIÓN CON AINES (DICLOFENACO 600 MG)

1.1. GESTA SUICIDA PRIMER EPISODIO

1.2. TRASTORNO DE ADAPTACIÓN

2. TAQUIARRITMIA (ETIOLOGÍA DESCONOCIDA) POR HISTORIA CLÍNICA

S/ NIEGA DISNEA, NO DOLOR TORACICO, DIURESIS ADECUADA,

PACIENTE FEMENINO EN SEPTIMA DECADA DE LA VIDA, CURSA CON GESTO SUICIDA CON AINE A DOSIS TÓXICA (DICLOFENACO 600 MG) SECUNDARIO A TRASTORNO DE ADAPTACIÓN Y TRASTORNO DEPRESIVO, EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMCAIEMNTE, NOS RIS, NO COMPROMISO ORGANICO, COMPLETA VIGILANCIA POR 48 HORAS, SE DECIDE TRASLADO A PISO, SE REALIZA FORMATO DE REMISION.

## **PARACLINICOS**

LEUCOCITOS : 8.22 x 10^3/uL

%NEUTROFILOS: 48.4 % HEMOGLOBINA : 11.8 g/dL HEMATOCRITO: 33.9 % **PLAQUETAS** : 298 x10^3/uL CREATININA 0.65 mg/dl NITROGENO UREICO 11.4 mg/dl CLORO SERICO 109 mEq/L POTASIO SERICO 4.01 mEq/L SODIO SERICO 142 mEq/L

#### **DESCRIPCION DE LOS DIAGNOSTICOS**

**DESCRITO** 

#### **SIGNOS VITALES ACTUALES**

/ 75 F.C: 72 **T.A:** 126 **F.R:** 18 **PACIENTE CRITICO:** NO

**TEMP:** 37 GLASGOW: 15 /15INTUBADO: NO **INOTROPICOS: NO** 

MODALIDAD : ORDEN DE SERVICIO CAUSA DE REMISION: FALTA DE CAMA

**Profesional:** BARRERA RICO WILLIAM FELIPE

**Registro Profesional:** 1018419418

**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]

CLARA CRISTINA CARREÑO GONZALEZ Ingreso: 1719559 Folio:17 Fecha impresión:21/06/2018 11:06:04 a.m. CLBELLO P00010 2/2

**SERV. QUE SOLICITA LA REFERENCIA HOSPITALIZACION TEL CELULAR:** 4254620 EXT 666 o 122

SERV. PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA: HOSPITALIZACION **TEL CELULAR:** 

**SERVICIO SOLICITADO:** REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL AMBULANCIA: AMBULANCIA BAJA

**ANTECEDENTES** 

07/12/2017 Médicos higado graso

07/12/2017 Médicos arrtimia cardiaca, metoprolol, asa, esomprazo gemfibrozilo

19/06/2018 Tóxicos **NEGATIVOS** 

HACE 1A POR TR. DEPRESIVO SE LE INICIO FLUOXETINA PERO SOLO LA TOMO 1 MES. 19/06/2018 Psiquiátricos

G: 0 P: 0 A: 0 C: 0 V: 0 E: 0 M: 0

Planifica?

**DIAGNOSTICOS** 

Codigo **Descripción Diagnostico Observaciones Impo** ~

ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE X609

POR, Y EXPOSICION A ANALGESICOS NO NARCOTICOS,

**ANTIPIR** 

**INDICACIONES MEDICAS** 

**TIPO** 

Hospitalizacion

**DESCRIPCION: REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL** 

**NIVEL TRIAGE:** 

**Profesional:** BARRERA RICO WILLIAM FELIPE

**Registro Profesional:** 1018419418

**Especialidad:** MEDICINA GENERAL

LICENCIADO A: [CLINICA DEL OCCIDENTE S.A.] NIT [860090566-1]