

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

16 11 2018

REFERENCIA Nº

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

16/11/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: MAIRED NATALY TORRES CELY

Sexo : Femenino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: VDA REYES PATRIA

T.D. TI Nro. Identificación: 1053302248

Zona: Urbano Rural X Teléfono: 3157079189

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: CORRALES

Seguridad Social en Salud: Contributivo X

E.P.S.: NUEVA EPS S.A. -- Hospitalizé Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Categoría A A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE FEMENINO DE 12 AÑOS DE EDAD. HACE 7 MESES INICIA TRICOTILOMANIA TRICOFAGIA AL PARACER POR DISFUNCION FAMILIAR. LA MENOR TIENE CASI TODA LA CABEZA CON ZONAS EXTENSAS DE ALOPECIA ESCASO CABELLO LARGO. TIENE BUEN RENDIMIENTO ESCOLAR. HA COMENZADO A SER VICTIMA DE BULLYIN EN EL COLEGIO INCLUSO LAHAN GOLPEADO POR ESTA SITUACION. LA MENOR NO QUIERE REGRESAR AL COLEGIO. LA CONDICION ESTA INTERVINIENDO EN SU FUNCIONALIDAD. SE INICIA TTO CON FLUOXETINA JARABE 3 CC CADA DIA. SS HEMOGRAMA. SS ECOGRAFIA ABDOMINAL DESCARTAR FORMACION DE TRICBEZOARES. EN ESTE MOMENTO LA PACIENTE REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM. SE EXPLICA CLARAMENTE A FAMILIARES DE PACIENTE EL PLAN DE MANEJO QUIENES REFIEREN ACEPTAR Y ENTENDER

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: TRICOTILOMANIA

F633

Dx Rel 1: TRICOTILOMANIA

F633

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐
☐
☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐
☒

3. Falta de Equipo(s)

☐
☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

5. Requiere otro nivel de atención

6. Voluntario

7. Otro

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

16 11 2018

Fecha Salida del Paciente

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☒

Hospitalización

☐

Otro

EVOLUCION

Fecha:

Plan de Tratamiento



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable