



ICSN CLINICA MONTSERRAT

NIT 8600074005
CALLE 134 No. 17 - 71
TELEFONOS 2596000 - 2596002

NOMBRE: GUZMAN ESTRADA ALBERTO MARIO
IDENTIFICACION: 1140877495
FECHA DE NACIMIENTO: 1995-05-27 ()
DIRECCION: CRA 4 A N 55 42 APTO 303 A CHAPINERO ALTO
FECHA DE INGRESO: 2018-10-03 23:07:03
DIAGNOSTICO DE INGRESO: F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION
FECHA DE EGRESO:
FECHA DE REGISTRO: 2018-10-04 20:23:39

MEDICO TRATANTE: DEYANIRA ORTIZ RAMIREZ
ENTIDAD: COMPAÑIA DE MEDICINA PREPAGADA COLSANITAS S.A.
REGIMEN: CONTRIBUTIVO
TIPO DE USUARIO: COTIZANTE
NIVEL DE USUARIO: NIVEL I

EVOLUCION MEDICA

Subjetivo

Alberto comenta las dificultades derivadas del consumo de alcohol, su pareja decidió acabar la relación, ha estado triste, con minusvalía y culpa. Cursa con alteraciones crónicas del sueño y refiere una condición crónica de insatisfacción personal, de vacío.

Objetivo

Paciente alerta, coherente, relevante, tranquilo durante la valoración, con ideas depresivas anotadas. No refiere ideas de muerte ni autolesión.

Plan

Igual manejo.

Riesgo de evasión: ☐

Riesgo de caída: ☐

Riesgo de agitación: ☐

Riesgo de suicidio: ☐

☐

Inmovilización: ☐

☐

Alergias: ☐

Reunión con Familiares o Acudientes

Esta reunión se debe realizar al inicio y al finalizar la hospitalización, debe haber contacto con la familia por lo menos una vez a la semana y es indispensable registrar los detalles en esta pestaña.

☐

Desarrollo de la reunión con familiares o acudientes

Durante la entrevista con el padre se señala la necesidad de explorar alternativas de deshabitación del consumo de SPA para que inicie este tratamiento una vez egrese.

Diagnostico

| | | | |
|-----------------------|-------------|---|-------------------------|
| Diagnostico Principal | F412 | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION | Confirmado nuevo |
|-----------------------|-------------|---|-------------------------|

| | | | |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|-----------|
| Causa Externa: | Enfermedad general | Finalidad Consulta: | No aplica |
|-----------------------|--------------------|----------------------------|-----------|

Visitas Autorizadas

SI

Observaciones Visitas Autorizadas

De sus padres.

| |
|---|
| DEYANIRA ORTIZ RAMIREZ |
|  |
| PSQUIATRA |
| REGISTRO MEDICO 26511732 |