

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

11 12 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

10/12/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: FANNY RUBIELA CASTANEDA CARVAJAL

Sexo: Femenino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: VEREDA CANELAS

T.D. CC Nro. Identificación: 52716976

Zona: Urbano Rural ☒ Teléfono: 3138126746

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: TASCO

Seguridad Social en Salud: Contributivo

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

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Nivel 1 A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

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

EVENTO Enfermedad General ☒ Accidente de Tránsito (SOAT) ☐ Accidente de Trabajo (ARP) ☐ Evento Catastrófico (FOSYGA)**AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA**

PACIENTE FEMENINO DE 39 AÑOS DE EDAD. HACE 8 DIAS MUTISMO AISLAMIENTO IDEACION SUICIDA SINTOMAS PSICOTICOS LLANTO ANSIEDAD INQUETUD ESTE ES EL 2 EPISODIO EL PRIMERO SE PRESENTO HACE 10 AÑOS ESTUVO HOSPITALIZADA EN EL CRIB POR 8 DIAS. CONTINUO CON LOS CONTROLES POR PSIQUIATRIA ADECUADAMENTE Y TOMO MEDICAMENTO POR UN AÑO. ESTA EN POSTPARTO DE 6 MESES. PACIENTE PSICOTICA CON ALTO RIESGO DE AUTO HETEROAGRESIÓN Y AGITACIÓN, REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM. SE INICIA TTO CON QUETIAPINA TAB 25 MG CADA 8 HORAS. SE EXPLICA CLARAMENTE A FAMILIARES DE PACIENTE EL PLAN DE MANEJO QUIENES REFIEREN ACEPTAR Y ENTENDER

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES

F318

Dx Rel 1:

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

11 12 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