



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ENTIDAD REMITENTE

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

ENTIDAD DESTINO

<OTRO>

Esteban Reale



Nro Solicitud	*Fecha de Referencia	Fecha reporte encuesta prioritaria
85900	22/10/2018 09:43:22 p.m.	Día Mes Año
	** No. Verificación	

Tipo de usuario	Tipo de atención
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> 3. Hospitalizado <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgente <input checked="" type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

Identificación del paciente	
Primer nombre	Segundo nombre
BENILDA	SABOGAL
Primer apellido	Segundo apellido
SABOGAL	VASQUEZ
Edad: Años 59 Meses 8 Días 29	Dirección residencia
	CRA 5 6-91
T.D. C.C. No. Identificación	28718890
CC Cédula de ciudadanía	RC Registro civil
TI Tarjeta identidad	PA Pasaporte
MSI Menor sin identificación	ASI Adulto sin identificación
Sexo	M <input checked="" type="checkbox"/>
Teléfono	2486442
Localidad	ESPINAL

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)	
Nombre y apellido	Dirección residencia
BENILDA SABOGAL VASQUEZ	
	Teléfono 2486442

Afilación SGSSS	
Subsidiado <input type="checkbox"/>	Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/>
Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/>
Ep. Adm. Administradora:	NUEVA EPS SA
Nivel SISBEN	1 2 3 4 5-6
No. Ficha	
Otro régimen:	
Población Especial	0
I. Indígena	S. IVA Social
G. Indigente	D. Desplazado
	M. Menor en protección
	O. Otros

Solicitud de referencia	
Fecha:	Día 22 Mes 10 Año 2018 Hora: 21:43
	AM <input checked="" type="checkbox"/> PM
Edad gestacional:	

Nombre del procedimiento solicitado		Código del Servicio Solicitado		Nombre Punto de Atención Destino		Código Punto de Atención Destino		Nombre Punto de Atención Destino Final		Código Punto de Atención Destino Final	

ANAMNESIS : ESTA PORTANDOSE MUY MAL, AGRESIVA
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCION AGRESIVA LOGORREICA DESORIENTADA MIRADA PERDIDA NO SE BAÑA INSOMINIO HABLA INCOHERENCIAS , NO TRATAMIENTO MEDICO
ANTECEDENTES D'E ESQUIZOFRENIA SIN MANEJO LA FAMILIA NO SABE QUE TOMA NO SABE BIEN DE SU ENFERMEDAD
REFIERE CONDUCTA DE HETEROAGRESIVAD, AGRESIONES CON CUHILLO A FAMILIARES, NO ACEPTA ENTRAR AL CONSULTORIO
EXAMEN FISICO : PACIENTE HIDRATADO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, SIN SIGNOS DE SIRS.
CABEZA: NORMOCEFALICA, CON ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ISOCORIA REACTIVA, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA SIN ERITEMA NI PLACAS. INGRESA POR SUS PROPIOS MEDIOS
CUELLO: MOVIL, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO ADENOPATIAS, PULSOS PRESENTES, SIN INBURGITACION YUGULAR
TORAX: SIMETRICO, SINCRÓNICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, DE BUEN TONO, SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR OCNSEVADO, CLARO Y UNIVERSAL, SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DISTENDIDO, SIN DOLOR A LA PALPACION PROFUNDA, SIN MASAS NI MEGALIAS, PERISTALTISMO PRESENTE DE INTENSIDAD Y FRECUENCIA NORMAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.
EXTREMIDADES: SIMETRICAS, EUTROFICAS PARA LA EDAD, SIN LIMITACION A LOS ARCOS DE MOVILIDAD, CON PULSOS DISTALES PRESENTES, NO CIANOSIS DISTAL, SIN EDEMAS, CON LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR A DOS SEGUNDOS.
NEUROLOGICO: ALERTA, COMPRENDE, RESPONDE EULALICO, ORIENTADO GLOBALMENTE, ISOCORIA REACTIVA, CON PARES CRANEANOS CONSERVADOS, FUERZA 5/5, SIN DEFICIT SENSITIVO APARENTE, NORMOREFLEXICO , NO SIGNOS MENINGEOS, SIN SIGNOS DE FOCALIZACION
ADECUADA PRESENTACION PERSONAL, DESORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, ALERTA, DISPROSEXICA, LOGORREICA, CON TENDNRICA A LA AGITACION, LENGUAJE INCOHERENTE, FUGA DE IDEAS, NIEGA IDEAS DE MUERTA O SUICIDIO, IDEAS DE MINUSVALIA, AFECTO HIPOMODULADO DE FONDO ANSIOSO, LABILIDAD EMOCIONAL, NO ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCION, INTROSPECCON: NULA, PROSPECCION: INCIERTA NO AGITACION PSICOMOTORA.

SIGNOS VITALES :

-pulso - 70 xmin
-f.c - 90 xmin
-p.a.s - 120 mmhg
-f.r - 23 xmin
-temperatura - 36 °C
-talla - 156 Cms
-peso - 65 Kgr
-p.a.d - 70 mmHg

RESUMEN : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TAB Y ESQUIZOFRENIA CON MALA ADHERENCIA AL TTO, EN EL MOMENTO CUADOR DE 2 SEMANAS DE AGUIDZAICON DE SINTOMAS, CON EPIDISO REICENTE DE HETEROAGREVIDAD, EXAMEN

MENTAL ANORMAL, RIESGO DE AGITACION PSICOMOTORA

EXAMENES DE LABORATORIO :

Nombre del diagnóstico		Código diagnóstico			
1	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F	2	0	9
2	OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES	F	3	1	8

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE DE 59 AÑOS QUIEN PRESENTA ANTECEDENTES DE TAB Y ESQUIZOFRENIA, CON MALA ADHERENCIA AL TTO Y SGTO
EN EL MOMENTO, CON EXAME MENTAL ALTERADO, RIESGO DE AGITACION PSICOMOTRA, SE DECIDE HOSPITALIZAR PARA MANEJO
PLAN

OBSERVACION

ADAPTER

MIDAZOL 5 MG IM CADA 8 HORAS

HALOPERIDOL 5 MG IM CADA 8 HORAS

TOMAR PARACLINICOS

REMISION PARA PSIQUIATRIA

Motivo Referencia:

1. Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de insumos ☐ 5. Falta de camas ☐ 7. Emergencia sanitaria ☐
2. Ausencia del profesional ☒ 4. Falla en equipos ☐ 6. Cese de actividades ☐
8. Otro, cuál

Datos del profesional que referencia

Nombre MARIA DEL ROSARIO HOMEZ ARIAS

Firma

- ☐ Médico / Odontólogo General
☐ Médico / Odontólogo Especialista

Registro 8698

** Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

** Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento