



| | | | |
|--|---------------------------|---|-----------------------|
|  Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Chapinero | |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ Municipio de Bogotá D.C. | |
| No. de Planilla | Fecha de Referencia /Hora | RENOVACION REMISION | |
| | 18/10/2018 - 02+30hrs | Fecha / Hora | 18/10/2018 - 02+30hrs |

| | | | |
|-----------------|--|--------------------|--------------------|
| Tipo de Usuario | | Tipo de Atención | |
| 1. Ambulatorio | 2. Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Hospitalización | 4. Hospitalización |

| | |
|----------------------------------|------------------|
| Identificación del Paciente | |
| Primer Nombre | Segundo Nombre |
| KATTY | PAOLA |
| Primer Apellido | Segundo Apellido |
| LOZANO | RAMIREZ |
| EDAD | SEXO |
| 23 Años* Meses Días | M F |
| F. Nacimiento | 24/09/1995 |
| Documento No. | 1015457205 |
| Dirección de Residencia | Cll 64 28-09 |
| Barrio | 7 de agosto |
| Localidad | Barrios Unidos |
| Teléfono | 3123031030 |
| Persona Responsable del Paciente | |

| | |
|------------------------|-----------------|
| Afiliación SGSSS | |
| Subsidiado | Nivel de SISBEN |
| | X 2 3 4 5 6 |
| Contributivo | No Ficha |
| Entidad Administradora | FAMISANAR |
| Otro Régimen | Subsidiado |
| G. Indigente | D. Desplazado |
| O. OtroX | |

| | |
|-------------------------|------------------------|
| Solicitud de referencia | |
| Fecha | Día 18 Mes 10 Año 2018 |
| Hora | 02+30 AM * PM |
| SEMANAS DE GESTACION | |

| | |
|--|--|
| Identificación de Instituciones | |
| Nombre de Procedimiento Solicitado | Código del Servicio Solicitado |
| Nombre Punto de Atención Destino Inicial | Código Punto de Atención Destino Inicial |
| Nombre punto de atención Destino Final | Código Punto de Atención Destino Final |
| PSIQUIATRIA | |

Anamnesis Paciente femenina quien en gesto suicida ingirió cantidad no determinada de IBUPROFENO y CLONAZEPAN. En el momento paciente ansiosa, con tendencia al llanto, iracible, poco colaboradora, manifiesta deseos de morir y quiere que evitemos realizar en ella cualquier intervención. Acompañante madre niega otros al interrogatorio y a la revisión por sistemas.

Examen Físico Presión arterial (mmHg): 117/85, Presión arterial media(mmHg): 95 Frecuencia cardiaca(lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(respi/min): 16 Saturación de oxígeno(%): 95 Temperatura(°C): 36 EVA Dolor (0-10): 0 Peso(kg): 52 Talla(cm): 163 Índice de masa corporal(kg/m2): 19.57 Superficie corporal(m2): 1.53

Abdomen: No distendido, ruidos intestinales presentes normales en frecuencia e intensidad, levemente doloroso a la palpación abdominal en epigastrio sin peritonismo. No masas ni megalias. Neurológico y Mental: Paciente con tendencia al llanto, afecto depresivo, con ideas de rechazo a sus familiares y personal médico, ideas de muerte y de autoagresión, poco colaboradora.

Paciente femenina en su 3ra década de la vida quien presenta trastorno depresivo con intento suicida al ingerir tabletas orales, en el momento paciente en buenas condiciones generales, sin SIRS y sin signos de inestabilidad hemodinámica. A quien durante su estancia en urgencias se realizó lavado gástrico con 3000ml de SSN 0.9% con drenaje de material ingerido, refiere ingerir CLONAZEPAM en el momento paciente sin somnolencia y sin alteraciones del estado de alerta y conciencia motivo por el cual no indicó administración de carbón activado. Dada la condición clínica de la paciente dejó en observación de urgencias y solicitud de valoración por Psiquiatría y psicología.

| | | |
|--------------|------------------------|--------------|
| PARACLINICOS | Nombre del Diagnostico | Código de Dx |
| | | |

TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR

| | | | |
|---|---|---|---|
| F | 3 | 2 | 9 |
|---|---|---|---|

Tratamiento /Complicaciones

Motivo de Referencia

| | | | | |
|-------------------------|---|------------------|---------------------|----------------------|
| Servicio no Ofertado | X | Falta de insumos | Falta De Camas | Emergencia Sanitaria |
| Ausencia de Profesional | | Falta de equipos | Cese de Actividades | Otro |

Steven Alexander Cuervo Parra.

HOSPITAL DE CHAPINERO

18/10/2018 - 02+30hrs



Profesional que realiza la remisión / RM 1012356273

Institución / Profesional que acepta la remisión

Fecha /Hora

CANCELACION DE LA REMISION

| | |
|-----------------------|-------------------------|
| | Profesional que Cancela |
| Motivo de Cancelación | |

| | | | |
|--|---------------------------|---|------------------------------------|
|  Secretaría de Salud Subred Norte E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Chapinero | |  ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Unidad de Servicios de Salud Chapinero | |
| No. de Planilla | Fecha de Referencia /Hora | | RENOVACION REMISION |
| | 18/10/2018 - 02+30hrs | | Fecha / Hora 18/10/2018 - 02+30hrs |

| | | | |
|-----------------|--|--------------------|--------------------|
| Tipo de Usuario | | Tipo de Atención | |
| 1. Ambulatorio | 2. Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Hospitalización | 4. Hospitalización |
| | 1. Electiva | 2. E. Prioritaria | 3. Urgente |

| | |
|----------------------------------|------------------|
| Identificación del Paciente | |
| Primer Nombre | Segundo Nombre |
| KATTY | PAOLA |
| Primer Apellido | Segundo Apellido |
| LOZANO | RAMIREZ |
| EDAD | SEXO |
| 23 Años * Meses Días | M F |
| F. Nacimiento | 24/09/1995 |
| Documento No. | 1015457205 |
| Tipo | CC |
| Dirección de Residencia | Cll 64 28-09 |
| Barrio | 7 de agosto |
| Localidad | Barrios Unidos |
| Teléfono | 3123031030 |
| Persona Responsable del Paciente | |

| | |
|--|-----------------------------|
| Afiliación SGSSS | |
| Subsidiado | Nivel de SISBEN X 2 3 4 5 6 |
| Contributivo | No Ficha |
| Entidad Administradora | FAMISANAR |
| Otro Régimen | Subsidiado |
| Población Especial | |
| I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección | |
| G. Indigente D. Desplazado O. OtroX | |

| | |
|-------------------------|------------------------|
| Solicitud de referencia | |
| Fecha | Día 18 Mes 10 Año 2018 |
| Hora | 02+30 AM * PM |
| SEMANAS DE GESTACION | |

| | |
|--|--|
| Identificación de Instituciones | |
| Nombre de Procedimiento Solicitado | Código del Servicio Solicitado |
| Nombre Punto de Atención Destino Inicial | Código Punto de Atención Destino Inicial |
| Nombre punto de atención Destino Final | Código Punto de Atención Destino Final |
| PSIQUIATRIA | |

| | |
|---------------|---|
| Anamnesis | Paciente femenina quien en gesto suicida ingirió cantidad no determinada de IBUPROFENO y CLONAZEPAN. En el momento paciente ansiosa, con tendencia al llanto, iracible, poco colaboradora, manifiesta deseos de morir y quiere que evitemos realizar en ella cualquier intervención. Acompañante madre niega otros al interrogatorio y a la revisión por sistemas. |
| Examen Físico | Presión arterial (mmHg): 117/85, Presión arterial media(mmHg): 95 Frecuencia cardiaca(lat/min): 85 Frecuencia respiratoria(respi/min): 16 Saturación de oxígeno(%): 95 Temperatura(°C): 36 EVA Dolor (0-10): 0 Peso(kg): 52 Talla(cm): 163 Índice de masa corporal(kg/m2): 19.57 Superficie corporal(m2): 1.53 Abdomen : No distendido, ruidos intestinales presentes normales en frecuencia e intensidad, levemente doloroso a la palpación abdominal en epigastrio sin peritonismo. No masas ni megalias. Neurológico y Mental Neurológico : Paciente con tendencia al llanto, afecto depresivo, con ideas de rechazo a sus familiares y personal médico, ideas de muerte y de autoagresión, poco colaboradora. Paciente femenina en su 3ra década de la vida quien presenta trastorno depresivo con intento suicida al ingerir tabletas orales, en el momento paciente en buenas condiciones generales, sin SIRS y sin signos de inestabilidad hemodinámica. A quien durante su estancia en urgencias se realizó lavado gástrico con 3000ml de SSN 0.9% con drenaje de material ingerido, refiere ingerir CLONAZEPAM en el momento paciente sin somnolencia y sin alteraciones del estado de alerta y conciencia motivó por el cual no indicó administración de carbón activado. Dada la condición clínica de la paciente dejó en observación de urgencias y solicitó valoración por Psiquiatría y psicología. |

| | | |
|--------------|------------------------|--------------|
| PARACLINICOS | Nombre del Diagnostico | Código de Dx |
|--------------|------------------------|--------------|

TRANSTORNO DEPRESIVO MAYOR

F 3 2 9

Tratamiento /Complicaciones

Motivo de Referencia

| | | | | |
|-------------------------|---|------------------|---------------------|----------------------|
| Servicio no Ofertado | X | Falta de insumos | Falta De Camas | Emergencia Sanitaria |
| Ausencia de Profesional | | Falta de equipos | Cese de Actividades | Otro |

Steven Alexander Cuervo Parra.

HOSPITAL DE CHAPINERO18/10/2018 - 02+30hrs

Profesional que realiza la remisión / RM 1012356273

Institución / Profesional que acepta la remisión

Fecha /Hora

CANCELACION DE LA REMISION

Profesional que Cancela

Motivo de Cancelación