

**900959051**

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A**

No de Planilla

No de Solicitud

256187

Fecha de radicación de la Referencia

11/07/2018 11:58:48

Hora de radicación de la Referencia

11:58:48 a.m.

|                    |                          |                         |                          |
|--------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| Tipo Usuario       | Ambulatorio              | Tipo Remisión           | 74                       |
| 1. Ambulatorio     | <input type="checkbox"/> | 1. Electiva             | <input type="checkbox"/> |
| 2. En Urgencias    | <input type="checkbox"/> | 2. Electiva Prioritaria | <input type="checkbox"/> |
| 3. Hospitalización | <input type="checkbox"/> | 3. Urgente              | <input type="checkbox"/> |
|                    |                          | 4. Hospitalización      | <input type="checkbox"/> |

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

|                         |                              |                              |                              |                            |        |          |         |
|-------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------|--------|----------|---------|
| Nombre Paciente:        | EDITH MARCELA ANGARITA TOVAR | Identificación:              | 52887818                     | 52887818                   | Sexo:  | Femenino |         |
| Fecha Nacimiento :      | 31/07/1981 12:00:00 a.m.     | Edad Actual:                 | 36 Años \ 11 Meses \ 11 Días | AREA DE SERVICIO           | 3BLE10 | INGRESO  | 3068885 |
| Dirección:              | CARRERA 5A BIS # 48R-60      | Teléfono:                    | 3143749213                   | Localidad                  | BOGOTA |          |         |
| CC Cedula de Ciudadania | RC Registro Civil            | MSI Menor sin Edintificación | TI Tarjeta de Identidad      | ASI adulto sin Identificar |        |          |         |

**PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)**

|                 |                         |                |            |
|-----------------|-------------------------|----------------|------------|
| Responsable:    | MOVIL 5045              | Teléfono Resp: | 3143749213 |
| Dirección Resp: | CARRERA 5A BIS # 48R-60 |                |            |

**AFILIACION SGSSS**

|                        |                                     |   |   |                              |   |
|------------------------|-------------------------------------|---|---|------------------------------|---|
| Tipo Paciente:         | Contributivo                        | Nivel SocioEconómico:   | 0 | SISBEN Nivel SocioEconómico: | 0 |
| Ficha SISBEN:          |                                     | Tipo de Población Especial:   |   |                              |   |
| Entidad Administradora | RC034 - EPS FAMISANAR SAS SOAT -15% | I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros |   |                              |   |

**SOLICITUD DE REFERENCIA**

|                         |                    |
|-------------------------|--------------------|
| NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO  | CODIGO DIAGNOSTICO |
| ESQUIZOFRENIA PARANOIDE | F200               |

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO | IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES   |
|                                     | NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL |

|  |       |                     |   |   |   |   |   |  |  |  |  |
|--|-------|---------------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|
| INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD BAJA | 38221 | 3BL - UMHS SAN BLAS | 2 | F | B | 0 | 2 |  |  |  |  |
|--|-------|---------------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

**RESUMEN HISTORIA CLÍNICA**

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Anamnesis                         | TRASLADO PRIMARIO  |
|                                   | PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ENFERMADAD MENTAL (EZQUIZOFRENIA + RM) AL PARECER MALA ADHERENCIA A TRATAMIENTO, REFIERE EXCOMPAÑERO SENTIMENTAL, DROMOMANIA, SOLILOQUIOS, RISAS INMOTIVADAS, INSOMNIO, LABILIDAD EMOCIONAL, CONDUCTAS DESORGANIZADAS, EL DIA DE HOY SE PRESENTA A LAS 02:00 EN CASA DE EXCOPAÑERO SENTIMENTAL, CON INQUIETUD MOTORA Y DIALOGO INCOHERENTE. NIEGA AGRESIVIDAD. |
| Examen Físico:                    | C/C NORMAL<br>C/P RSCSRS RSRS MV CONSERVADO<br>ABD BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO<br>EXT NORMAL<br>NEUROL SIN DEFICIT   |
| Signos Vitales                    | TA: 100/60   FC: 74 x Min   FR: 20 x Min   GlasGow: 15   TC: 0,0000   Peso: 1,0000   |
| Resultados Exámenes Diagnósticos: |  |

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 FCF: 0 | Alt Uterina: 0  
Sem |

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

**TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES**

ACUDIENTE: EXESPOSO LUIS RUIZ"YO CREO QUE NO SE ESTA TOMANDO LA MAEDICACION"REFIERE SU EXPAREJA "LLEGO A MI CASA COMO A LAS 2 DE LA MAÑANA, Y ESTABA CAMINANDO PARA TODOS LADOS, Y PELEABA DE LA MAMA, TOCABA Y CAMINABA, GRITABA, NO HA IDO EN TODO EL DIA A LA CASA DE ELLA". PACIENTE DE 36 AÑOS CON ANTEC DE ESQUIZOFRENIA Y DEFICIT COGNITIVO, VIVE CON SU MADRE PERO AL PARECER ESTA CON DISCUSIONES CON LA MAMA, REFIERE ACUDIENTE QUE DESDE HACE 7 DIAS LA OBSERVA CON RECAIDA, HABLA INCOHERENCIAS LLORA, ESTA IRRITABLE. REFIERE QUE HA HABIDO BUENA ADHERENCIA A LA MAEDICAICON, ESTA LLENDO A CONTROLES CON FAMISANAR Y NO HAY REPORTE DE FORMAUACION DADA ACTUALMENTE. REFIERE PAREJA QUE ESTA EN CRISIS PERO AL OBSRVA MAS TRANQUILA QUE EN OTRAS RECAIDAS. ANTEC: RISPERIDONA TAB 2 MG 1-0-0?, LORAZEPAM 1 MG VO 0-0-1, MULTIPLES HOPSITALZIACION EN SANTA CLARA Y LA VICTORIA.

**MOTIVO REFERENCIA**

1.Servicio no ofertado

3. Falta de Insumos

5. Falta de Camas

7.Emergencia Sanitaria

9. Ausencia de Convenio

2. Ausencia de Profesional

4. Falta de Equipos

6. Cese de Actividades

8. Requiere manejo otro nivel

10. Devolucion Injustificada

11. Otro:

Falta\_Cama\_IPS\_Remite

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA

DIA

MES

AÑO

Hora Militar:

Funcionario de Contacto

Cargo:

Punto de destino final:

Firma:

Datos del Pofesional que Realiza la Referencia

Medico ROBERT MEDINA RAJE GERARDO

Registro 811138

LICENCIADO A: [SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.] NIT [900959051-7]