

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 **Hora:** 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 890703630	-7
				CC <input type="checkbox"/>	DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22	
Teléfono	8	2708000			
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73
			Municipio:	IBAGUE	001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1143925927	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1986-11-13	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR			Teléfono:	3022772281
Departamento:	TOLIMA		73	Municipio:	IBAGUE	73001	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.		Código:	EPS017	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		CLAUDIA		MARCELA RICAURTE MUÑOZ	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1143925927	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número Documento Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR			Teléfono:	3022772281
Departamento:				Municipio:			

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	SILVIA DEL MAR CASTELLANOS ROM		Teléfono:	098	2708000	
			Indicativo	Número	Extensión	
Servicio que solicita la referencia	Hospitalización MEDICINA GENERAL		Teléfono Celular			
Servicio para el cual se solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA					

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

TENGO DOLOR ABDOMINAL

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 **Hora:** 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 890703630		-7	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería				1143925927 Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1986-11-13			
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR			Teléfono:	3022772281
Departamento:	TOLIMA		73	Municipio:	IBAGUE	73001	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.			Código:	EPS017

Examen Físico:

ABDOMEN
 ABDOMEN: Normal, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, CON DOLOR LEVE A LA PALPACION EN EPIGASTRIO,SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL.

ASPECTO GENERAL
 ASPECTO: Normal, PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL ,NO SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA.

CUELLO
 CABEZA-CUELLO: Normal, PUPILAS ISOCORICAS REACTIVAS A LA LUZ, ESCLERAS ANICTERICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, NORMOCROMICA, NO LACERACIONES

MIEMBROS
 EXTREMIDADES: Normal, SIMETRICAS, PULSOS PRESENTES, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG.

NEUROLOGICO
 NEUROLOGICO: Normal, ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, ANIMO FLUCTUANTE DE FONDO ANSIOSO, SUSPICAZ, ACTITUD PUERIL, POCO COLABORADORA, TAQUIPSIQUICA, TAQUILALICA, GRITA, CANTA, SOLICITA TRASLADO A PISO, PENSAMIENTO CONCRETO, NO VERBALIZA ALUCINACIONES, SIN EMBARGO CON ACTITUD ALUCINATORIA EN EL MOMENTO, JUICIO Y RAZOCINIO COMPROMETIDOS. GOLEPA LA CAMILLA

TORAX
 TORAX: Normal, TORAX SIMETRICO, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS. RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, SIN SOPLOS

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 Hora: 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	CLINICA TOLIMA S.A.			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	890703630	-7
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	730010105001	Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22				
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería				<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación			
				1143925927 Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1986-11-13			
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR			Teléfono: 3022772281	
Departamento:		TOLIMA		73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.			Código:	EPS017

Fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico:

01/08/2018 11:30 UROCULTIVO [ANTIOTRAMA MIC AUTOMATICO]
 ERTAPENEM MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 0.25
 CEFTAZIDIME MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 1
 TRIMET/SULFA MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 0.5 / 9.5
 NOTA IMPORTANTEResultado: RESULTADO FINAL
 FOSFOMICINA MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 16
 TIGECICLINA MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 1
 CEFUROXIME MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 1
 MEROPENEM MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 0.5
 IMPENEM MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 0.25
 GENTAMICINA MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 2
 LEVOFLOXACINA MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 1
 CIPROFLOXACINA MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 0.125
 CEFEPIME CIM EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 1
 CEFAZOLIN MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 2
 AMOXACILINA/ AC CLAVU MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 4/2
 AMPICILINA/SULBACTAM MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 4/2
 AMOXACILINA MIC EN mcg/mlResultado: RESISTENTE MIC 16
 AMPICILINA MIC EN mcg/mlResultado: RESISTENTE MIC 16
 AMIKACINA MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 8
 PIPERACILINA/TAZOBACTAM MIC EN mcg/mlResultado: SENSIBLE MIC 4/4
 02/08/2018 19:16 GASES ARTERIALES Y VENOSOS (EN REPOSO)
 ClResultado: mmol/L
 NaResultado: mmol/L
 SO2(c)Resultado: 97.60 %
 pHResultado: 7.4640 INDICE
 PCO2Resultado: 28.80 mmHg
 PO2Resultado: 92.20 mmHg
 FIO2Resultado: 0.21 INDICE
 CaResultado: mmol/L
 BEResultado: -3.60 mmol/L
 cHCO3Resultado: 20.20 mmol/L
 KResultado: mmol/L
 02/08/2018 19:50 HEMOGRAMA.
 NORMOBLASTOSResultado: %
 RDW-SDResultado: 38.20 fL
 RDW-CVResultado: 11.70 %
 MPVResultado: 12.10 fL
 PLAQUETASResultado: 213 10³/uL
 MCHCResultado: 34.90 g/dl
 MCHResultado: 31.80 pg
 MCVResultado: 91.20 fL
 HEMATOCRITORResultado: 38.40 %
 HEMOGLOBINARResultado: 13.40 g/dl
 HEMATIESResultado: 4.21 10⁶/uL

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 **Hora:** 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/>	890703630		-7
				CC <input type="checkbox"/>			DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1143925927	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1986-11-13	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR				Teléfono: 3022772281
Departamento:	TOLIMA			73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.			Código:	EPS017

HEMATIES Resultado: 4.21 10⁹/uL
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULAR Resultado: mm/ 1 hora
MONOCITOS Resultado: 4.30 %
BASOFILOS Resultado: 0.20 %
EOSINOFILOS Resultado: 1.50 %
LINFOCITOS Resultado: 17 %
NEUTROFILOS Resultado: 77 %
LEUCOCITOS Resultado: 12.34 10³/uL
LINFOCITOS ATIPICOS Resultado: %
02/08/2018 20:38 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFE
.Resultado: 29 U/L
02/08/2018 20:38 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA
.Resultado: 66 U/L
02/08/2018 20:38 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
BILIRRUBINA TOTAL Resultado: 1.03 mg/dL
BILIRRUBINA DIRECTA Resultado: 0.41 mg/dL
BILIRRUBINA INDIRECTA Resultado: 0.62 mg/dL
02/08/2018 20:38 NITROGENO UREICO [BUN]
.Resultado: 6.40 mg/dL
UREA EN SANGRE Resultado: mg/dL
02/08/2018 20:38 CREATININA EN SUERO
.Resultado: 0.59 mg/dL
02/08/2018 20:38 AMILASA
.Resultado: 196 U/L
02/08/2018 20:38 FOSFATASA ALCALINA
.Resultado: 51 U/L
02/08/2018 21:36 SODIO
.Resultado: 136.70 mmol/L
02/08/2018 21:36 POTASIO
.Resultado: 3.60 mmol/L
02/08/2018 21:36 CLORO [CLORURO]
.Resultado: 99.60 mmol/L
31/07/2018 12:36 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA
UROBILINOGENO Resultado: NORMAL
ERITROCITOS Resultado: 25
BILIRRUBINAS Resultado: NEGATIVO
CRISTALES DE URATOS AMORFOS Resultado: +
MICELOS Resultado: +
LEVADURAS GEMANTES Resultado: +
MOCO Resultado: +
BACTERIAS Resultado: ++++
CELULAS EPITELIALES Resultado: 10-15 x campo
HEMATIES Resultado: 3-6 x campo
LEUCOCITOS Resultado: 25-50 x campo
NITRITOS Resultado: NEGATIVO
ASPECTO Resultado: TURBIO
COLOR Resultado: AMARILLO INTENSO

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 **Hora:** 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/>	890703630		-7
				CC <input type="checkbox"/>			DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1143925927			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1986-11-13			
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR			Teléfono:	3022772281
Departamento:	TOLIMA		73	Municipio:	IBAGUE		73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.		Código:	EPS017	

COLESTEROL: 7.4 mmol/L
DENSIDADResultado: 1020
LEUCOCITOSResultado: 500
PROTEINAResultado: 25
GLUCOSAResultado: NORMAL
PHResultado: 6.5
CUERPOS CETONICOSResultado: NEGATIVO
31/07/2018 12:53 HEMOGRAMA.
MPVResultado: 12.40 fL
HEMOGLOBINAResultado: 13.50 g/dl
LINFOCITOS ATIPICOSResultado: %
NORMOBLASTOSResultado: %
RDW-SDResultado: 39.30 fL
PLAQUETASResultado: 254 10^3/uL
MCHCResultado: 34.70 g/dl
MCHResultado: 31.80 pg
MCVResultado: 91.70 fL
HEMATOCRITOResultado: 38.90 %
LEUCOCITOSResultado: 14.27 10^3/uL
NEUTROFILOSResultado: 79.90 %
LINFOCITOSResultado: 15.10 %
EOSINOFILOSResultado: 0.10 %
BASOFILOSResultado: 0.10 %
MONOCITOSResultado: 4.80 %
VELOCIDAD DE SEDIMENTACION GLOBULARResultado: mm/ 1 hora
HEMATIESResultado: 4.24 10^6/uL
RDW-CVResultado: 11.90 %
31/07/2018 13:24 PROTEINA C REACTIVA ULTRASENSIBLE DE ALTA PRECISION
P.C.R CUANTITATIVAResultado: 1 mg/l
31/07/2018 13:24 AMILASA
.Resultado: 98 U/L
31/07/2018 13:24 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFE
.Resultado: 19 U/L
31/07/2018 13:24 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA
.Resultado: 20 U/L
31/07/2018 13:24 BILIRRUBINAS TOTAL Y DIRECTA
BILIRRUBINA DIRECTAResultado: 0.47 mg/dL
BILIRRUBINA TOTALResultado: 1.19 mg/dL
BILIRRUBINA INDIRECTAResultado: 0.72 mg/dL
31/07/2018 13:24 CREATININA EN SUERO
.Resultado: 0.57 mg/dL
31/07/2018 13:24 NITROGENO UREICO [BUN]
UREA EN SANGREResultado: mg/dL
.Resultado: 11 mg/dL
31/07/2018 16:24 GONADOTROPINA CORIONICA CUANTITATIVA [BETA HCG]
.Resultado: 56539 mUI/mL
31/07/2018 23:19 UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 **Hora:** 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 890703630		-7	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Tipo Documento de Identificación</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería </div> <div style="width: 48%;"> <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación </div> </div> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <p>1143925927</p> <p>Número documento de Identificación</p> <p>Fecha de Nacimiento: 1986-11-13</p> </div> </div>							
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR			Teléfono: 3022772281	
Departamento:		TOLIMA		73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.			Código: EPS017	

PROTEINAResultado: NEGATIVO
 GLUCOSAResultado: NORMAL
 PHResultado: 8
 CUERPOS CETONICOSResultado: NEGATIVO
 UROBILINOGENOResultado: NORMAL
 ERITROCITOSResultado: 50
 LEUCOCITOSResultado: 25
 DENSIDADResultado: 1010
 COLORResultado: AMARILLO
 ASPECTOResultado: LIGERAMENTE TURBIO
 NITRITOSResultado: NEGATIVO
 LEUCOCITOSResultado: 4-6 x campo
 CELULAS EPITELIALESResultado: 0-3 x campo
 BACTERIASResultado: +
 CRISTALES DE URATOS AMORFOSResultado: ++
 BILIRRUBINASResultado: NEGATIVO
 HEMATIESResultado: 0-3 x campo

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 **Hora:** 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 890703630	-7
				CC <input type="checkbox"/>	DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22	
Teléfono	8	2708000			
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73
			Municipio:	IBAGUE	001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería			1143925927			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1986-11-13			
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR			Teléfono:	3022772281
Departamento:	TOLIMA			73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.			Código:	EPS017

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 03/08/2018 11:37

Subjetivo, objetivo y análisis: PACIENTE FEMENINA DE 31 AÑOS CON DX DE.

1. EMBARAZO DE 7.2 SEMANAS X ECO
2. G4P3V3
3. IVU COMPLICACDA
4. UROLITIASIS IZQUIERDA
5. ECTASIA PIELOCALICIAL
6. DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO
7. ALTO RIESGO OBSTETRICO
8. VAGINITIS MICOTICA
9. EPISODIO PSICOTICO AGUDO

SUBJ. PACIENTERFEIERE DOLOR Y SNESCVAION URENTE EN EPIGASTRIO,NIEGA SANGRDAO VAGINAL.

PACIENTE POCO COLABORADORA, SUSPICAZ, MUTISMO VOLUNTARIO POR MOMENTOS.

REFIERE QUE NO TIENE FAMILIAR EN EL MOMENTO, PERO QUE SU PAREJA LE DIJO QUE IBA A VENIR.

EN EL MOMENTO SIN FAMILIRA PARA INDAGAR SOBRE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA.

Análisis de resultados: EXAMENES 31/07/2018

HEMOGRAMA LEUCOS 14.27 NHEUTROF 79.9 LINF 15.1 HGB 13.5 HTO 38.9 PLT 254.000

PCR 1

AMILASA 98

UROANALISIS: BACT ++++ LEUCOS 25-50 CELULAS 10-15 HEMATIES 3-6 CRISTALES DE UARTOS AMOROFOS + MOCO + LEVADURAS + MICELIOS +PROTEINAS 25

GOT 19 GPT 20

BILIRRUBINAS 1.19 BD 0.47 BI 0.72

CREATININA 0.57 BUN 11

COLORACION DE GRAM: BACIOS GRAM NEGATIVOS ++

UROCULTIVO. E. COLI 100.000 UFC, MULTISENSIBLE, RESISTENTE A AMPICILINA Y AMOXICILINA.

BHCG 56539

02/08/2018

GASES ARTERIALES. FIO2 0.21 PO2., 92.20 PCO2: 28.80 PH: 7.46 SO2. 97.60 HCO3: 20.20 BE: -3.60

HEMOGRAMA: LECUOS 12.34 NEUTROF 77 LINF 17 HGB 13.4 HTO 38.4 PLT 213.000

GOT 29 GPT 66

BILIRRUBINAS TOTAL 1.03 BD 0.41 BI. 0.62

CREATININA 0.59 BUN 6.4

AMILASA 196

FOSFATASA ALCALINA 51

SODIO 136.7 POTASIO 3.60

CLORO 99.60

Plan de manejo: PACIENTE FEMENINA DE 31 AÑOS G4P3V3, CON EMBARAZO DE 7.2 SEMANAS X ECO, CURSA CON DOLOR ABDOMINAL EN

ESTUDIO. ADEMÁS VIU EN TRATAMIENTO ARO CON TRANSAMINASAS Y AMILASA EN ASCENSO. BILIRRUBINAS EN LÍMITE SUPERIORE HOY

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 Hora: 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	CLINICA TOLIMA S.A.			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	890703630	-7
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1143925927			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1986-11-13			
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR			Teléfono:	3022772281
Departamento:	TOLIMA			73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.			Código:	EPS017

ESTUDIO, ADEMÁS YU EN TRATAMIENTO APO, CON TRANSAMENASAS Y AMILASA EN ASCENSO, BILIRROBINAS EN LIMITE SUPERIOR, NO VALORADA POR CIRUGIA GENERAL QUIEN INDICO HOSPITALIZAR POR LA ESPECIALIDAD, CON ANALGESIA, SIN VIA ORAL. PACIENTE EN EL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, CON TA NORMAL, CON DOLOR A LA PALPACION EN EPIGASTRIO, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO PERDIDAS VAGINALES, AL EXAMEN MENTAL ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, ANIMO FLUCTUANTE DE FONDO ANSIOSO, SUSPICAZ, ACTITUD PUERIL, POCO COLABORADORA, TAQUIPSIQUICA, TAQUILALICA, GRITA, CANTA, SOLICITA TRASLADO A PISO, PENSAMIENTO CONCRETO, NO VERBALIZA ALUCINACIONES, SIN EMBARGO CON ACTITUD ALUCINATORIA EN EL MOMENTO, JUICIO Y RAZOCINIO COMPROMETIDOS, GOLPEA LA CAMILLA. SE CONSIDERA PACIENTE CURSA CON EPISODIO PSICOTICO AGUDO, SE COMENTA PACIENTE CONJ DR. PADILLA GINECOLOGO DE TURNO, QUIEN AUTORIZA INICAR ANTIPSICOTICO CLOZAPINA. SS EXAMENES DE CONTROL Y TSH. EN EL MOMENTO NO HAY FAMILIAR DE LA PACIENTE PARA INDAGAR SOBRE ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA O COMPROTAMIENTOS SIMILARES EN MOMENTO ANTERIORES, PACIENTE NIEGA ANTECEDENTES, SIN EMBARGO EN EL MOMENTO INFORMACION NO CONFIBALE POR JUICIO Y RAZOCINIO COMPROMETIDOS. SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA. SE SOLICITA TOMA DE ECOGRAFIA DE ABDOMEN DEBIDO AMILASA Y GPT EN ASCENSO.

Diagnóstico:

R101 DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN PARTE SUPERIOR Estado: En Estudio Tipo: Principal
Z359 SUPERVISION DE EMBARAZO DE ALTO RIESGO SIN OTRA ESPECIFICACION Estado: Confirmando Nuevo Tipo: Relacionado
N390 INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO Estado: En Estudio Tipo: Relacionado
F238 OTROS TRASTORNOS PSICOTICOS AGUDOS Y TRANSITORIOS Estado: En Estudio Tipo: Relacionado

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 **Hora:** 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	890703630	-7
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22			
Teléfono	8	2708000					
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE 001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1143925927	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1986-11-13	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR				Teléfono: 3022772281
Departamento:	TOLIMA			73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.			Código:	EPS017

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: TRAMADOL 50 MG AMP X 1 ML
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG AMP X 1 ML
RANITIDINA 50 MG AMPOLLA X 2ML
RINGER X 500 ML
RINGER X 500 ML
RANITIDINA 50 MG AMPOLLA X 2ML
METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLAS X 2ML
DICLOFENACO 75 MG AMPOLLAS X 3 ML
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG AMP X 1 ML
RINGER X 500 ML
CEFRADINA 1 GR. AMP.
RINGER X 500 ML
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG AMP X 1 ML
ACETAMINOFEN 500 MG TABLETAS
TRAMADOL 50 MG AMP X 1 ML
CEFRADINA 1 GR. AMP.
RANITIDINA 50 MG AMPOLLA X 2ML
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG AMP X 1 ML
RINGER X 500 ML
TRAMADOL 50 MG AMP X 1 ML
METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLAS X 2ML
RINGER X 500 ML
METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLAS X 2ML
RANITIDINA 50 MG AMPOLLA X 2ML
CEFRADINA 1 GR. AMP.
HIOSCINA N-BUTIL BROMURO 20MG AMP X 1 ML
METOCLOPRAMIDA 10 MG AMPOLLAS X 2ML
Procedimientos Realizados:
Código CUPS: 881302Descripción: ECOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL (HIGADO, PANCREAS, VESICULA, VIAS BILIARES, RIÑONES, BAZO, GRANDES VASOS, PELVIS Y FLANCOS)Cantidad: 1

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/03 **Hora:** 11:50

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre CLINICA TOLIMA S.A.				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	890703630		-7
				CC	<input type="checkbox"/>			DV
Código	730010105001		Dirección Prestador:	CRA. 1 NO. 12-22				
Teléfono	8	2708000						
	Indicativo	Número	Departamento:	TOLIMA	73	Municipio:	IBAGUE	001

DATOS DEL PACIENTE

RICAURTE		MUÑOZ		CLAUDIA		MARCELA	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1143925927	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1986-11-13	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			SALADO POR EL LIMONAR				Teléfono: 3022772281
Departamento:	TOLIMA			73	Municipio:	IBAGUE	73001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			E.P.S. FAMISANAR S.A.S.			Código:	EPS017

Motivos de remisión:

REFERENCIA
PACIENTE FEMENINA DE 31 AÑOS CON DX DE.
1. EMBARAZO DE 7. 2 SEMANAS X ECO
2. G4P3V3
3. IVU COMPLICACDA
4. UROLITIASIS IZQUIERDA
5. ECTASIA PIELOCALICIAL
6. DOLOR ABDOMINAL EN ESTUDIO
7. ALTO RIESGO OBSTETRICO
8. VAGINITIS MICOTICA
9. EPISODIO PSICOTICO AGUDO. SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma: _____ **Registro:** 1110522663