

Emmanuel  
Dr. Parra

PAGINA: 1 DE 1

**EPS SANITAS**  
**"FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES"**  
**HISTORIA CLINICA N° 79487526**  
**GENERADO: 26/09/2017 17:16**

REMITIDO DE	UNIDAD URGENCIAS PUENTE ARANDA		
FECHA REMISIÓN	26/09/2017	HORA	17 MINUTO 16
SERVICIO AL CUAL REMITE	UNIDAD DE SALUD MENTAL	NIVEL	BAJO
APellidos	DIAZ PIMENTEL	NOMBRES	LUIS CARLOS
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC 79487526	EDAD AÑOS	SEXO M
ENTIDAD DE AFILIACIÓN	E.P.S. SANITAS		

**DATOS DE LA ATENCIÓN**

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

MOTIVO DE CONSULTA: TENGO DEPRESION ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE DE 47 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN SINTOMAS DEPRESIVOS QUE AUMENTARON 15 DIAS, REFIERE TEMOR, INSOMNIO DE RECONSILIACION Y CONSILIACION, NIEGA LLANTO LABIL, REFIERE HIPOREXIA, NIEGA IDEAS USICIDAS EN EL ULTIMO MES, REFIERE DETONANTE FALTA DE EMPLEO Y CARGA FAMILIAR

ANTECEDENTES.  
PATOLOGICOS:NIEGA  
QUIRURGICOS:ARTROSCOPIA RODILLA IZQUIERDA  
ALERGICOS:NIEGA  
FARMACOLOGICOS:NIEGA  
FAMILIARES:NIEGA

**ANTECEDENTES**

PX: NO  
QX: ARTROSCOPIA RODILLA DERECHA  
ALERGICOS: NIEGA  
TOXICOS: NIEGA  
FARMACOLOGICOS: NIEGA

**EXAMEN FÍSICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO**

CON ADECUADA PRESENTACIÓN PERSONAL, ALERTA, COLABORADOR, ORIENTADO GLOBALMENTE, EUPROSÉXICO, EULÁLICO, PENSAMIENTO LÓGICO, CON IDEAS DE MINUSVALÍA, MUERTE Y SUICIDIO, NIEGA ALTERACIONES SENSOPERCEPTIVAS, AFECTO ANSIOSO, DE FONDO TRISTE, MAL MODULADO, RESONANTE, CONDUCTA MOTORA ADECUADA, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADOS, INTROSPECCIÓN PARCIAL, PROSPECCIÓN DEPRESIVA

**RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y CONDICIÓN AL EGRESO**

PACIENTE VALORADO POR PSIQUIATRIA CURSA CON SÍNTOMAS AFECTIVOS DE TRES MESES DE EVOLUCIÓN QUE CONFIGURAN UN EPISODIO DEPRESIVO MODERADO, PRESENTA IDEAS DE MUERTE Y DE SUICIDIO ESTRUCTURADAS QUE LE PRODUCEN TEMOR Y PONEN EN RIESGO SU INTEGRIDAD POR LO QUE REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO, SE SOLICITA INICIAR TRAMITES DE REMISIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL, REQUIERE VIGILANCIA POR RIESGO DE AUTOLESIÓN, SE INICIA SERTRALINA 25MG EN LA MAÑANA DESPUÉS DEL DESAYUNO Y TRAZODONA 50MG NOCHE,

**MOTIVOS REMISIÓN**

NO DISPONIBILIDAD DE ESPECIALIDAD

**OBSERVACIONES** EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

FIRMA Y SELLO MÉDICO	_____	FIRMA USUARIO	_____
NOMBRE	SANDRA MILENA DIAZ MORENO		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC	1032403788	
REGISTRO MÉDICO	1032403788		

Firmado electrónicamente