



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ENTIDAD REMITENTE

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

ENTIDAD DESTINO

<OTRO>



Nro Solicitud

85993

*Fecha de Referencia

29/10/2018 09:51:53 a.m.

** No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria

Día Mes Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio

2. En Urgencias

3. Hospitalizado

Tipo de atención

1. Electiva

2. Electiva prioritaria

3. Urgente

4. Hospitalización

Identificación del paciente

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

FELIPE

ANTONIO

RODRIGUEZ

RAMIREZ

Edad: Años 58 Meses 9 Días 8

Dirección residencia CRA 10 NO.21-29 B/ SANTA MARGARITA

T.D. C.C No. Identificación 93118779

Teléfono 3194918958

CC Cédula de ciudadanía

RC Registro civil

MSI Menor sin identificación

Sexo

Localidad

TI Tarjeta identidad

PA Pasaporte

ASI Adulto sin identificación

X F

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido

A

Dirección residencia

Teléfono 0

Afiliación SGSSS

Subsidiado

X

Clasif. Socioec.

Nivel SISBEN

1 2 3 4 5-6

Población Especial

O

Contributivo

Particular

No. Ficha

I. Indígena

S. IVA Social

M. Menor en protección

Entidad Administradora:

NUEVA EPS SA

Otro régimen:

G. Indigente

D. Desplazado

O. Otros

Solicitud de referencia

Fecha:

Día

29 Mes

10 Año

2018

Hora: 9:51

AM PM

Edad gestacional:

Identificación de Instituciones

Nombre del procedimiento solicitado	Código del Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1 INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL ESPECIAL COMPLEJIDAD MEDIANA					

ANAMNESIS :

EXAMEN FISICO : Frecuencia Cardíaca(60) - Oximetría (%) (97) - P.A.D. (mmhg)(61) - P.A.M. (mmhg)(72) - P.A.S. (mmhg)(95) - Temperatura. Corporal(36)

PACIENTE CONSCIENTE, ALERTA, HIDRATADO, AFEBRIL, EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, CON SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS LIMITES NORMALES, SIN SIGNOS DE RESPUESTA INFLAMATORIA SISTEMICA, NI DIFICULTAD RESPIRATORIA

CABEZA: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ISOCORIA NORMOREACTIVA, MUCOSA ORAL HUMEDA Y ROSADA.

CUELLO: MOVIL, NO MASAS NI MEGALIAS

TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS BIEN TRANSMITIDOS SIN AGREGADOS

ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

GU NO SE EXPLORA

EXTREMIDADES: LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS, NO EDEMA NO FOVEA

NEUROLOGICO: SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE, GLASGOW 15/15 SIGNOS VITALES :

-pulso - 65 xmin

-f.c - 65 xmin

-p.a.s - 100 mmhg

-f.r - 16 xmin

-temperatura - 36.5 °C

-talla - . Cms

-peso - . Kgr

-p.a.d - 60 mmHg

RESUMEN : Paciente ampliamente conocido en la institución, Esquizofrenia sin adherencia al tratamiento, sin red de apoyo para continuidad del tratamiento médico, agresivo en calle, lesiones a terceros de índole sexual. Requiere manejo para internación en unidad mental no hay viabilidad de continuar en nuestra institución que no cuenta con infraestructura ni personal para este tipo de paciente.

EXAMENES DE LABORATORIO :

Nombre del diagnóstico	Código diagnóstico
1 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F 2 0 9

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : ACIDO VALPROICO 250 MG/8 HORAS

CLOZAPINA 100 MG/DIA

Motivo Referencia:

- | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Servicio no ofertado | <input type="checkbox"/> | 3. Falta de insumos | <input type="checkbox"/> | 5. Falta de camas | <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia sanitaria | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia del profesional | <input type="checkbox"/> | 4. Falla en equipos | <input type="checkbox"/> | 6. Cese de actividades | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Otro; cuál | | | | | | | |

Datos del profesional que referencia

Nombre Sebastian Armando Buritica Sandoval

Firma

Sebastian Buritica Saul

- ☐ Médico / Odontólogo General
☐ Médico / Odontólogo Especialista

Registro 1143832272

**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