

Nro de Solicitud: 2PV10-70707

Fecha de Radicación de la Referencia:

Nro de Verificación:

TIPO DE USUARIO: URGENCIAS

TIPO DE REMISION

URGENCIAS

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Primer Apellido Segundo Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Sexo
GOMEZ MURILLO JAVIER 0 Masculino
Edad 39 Año(s) Dirección Residencia BOSA
T. D.: CC Nro Identificación: 80000645 Teléfono: 1 Localidad: BOSA

PERSONA RESPONSABLE (Menor de Edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo Mental, Adulto Mayor, Gestante, Atención Urgente)

Nombre(s) y Apellido(s) Dirección Residencia: Teléfono:

AFILIACION SGSSS

Régimen: CONTRIBUTIVO Administradora: EPS FAMISANAR

SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha: Día 12 Mes 7 Año 2018 Hora: 12:36 Edad Gestacional: 0 Nivel de Atención

Identificación de Instituciones

Nombre del Procedimiento Solicitado	Código Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino Inicial	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre del Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
PSIQUIATRIA	0 1 0 5 8	Hospital Pablo VI Bosa	2 P V 0 1	Emmanuel Paez Latorre	

Anamnesis

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA, SIN TRATAMIENTO, ACOMPAÑANTE MAL INFORMANTE, REFIRE ULTIMA CRISIS HACE 8 AÑOS, REFIERE QUE DESDE HACE 15 DIAS PRESENTA CONDUCTA NO HABITUAL, DESDE HACE 1 DIA PRESENTA AGRESIVIDAD DESORIENTACION, IDEACION SUICIDA INTENTO DE LANZARSE DESDE UN BALCON Y DESDE UN PUENTE, AGITACION PSICOMOTORA.

Exámen Físico

PA: 121/84 FC: 87 FR: 19 T: 36° SATO: 95 %

ALERTA, DESORIENTADO, CON AGITACION PSICOMOTORA, IRRITABILIDAD, JUICIO Y RAZOCINIO ALTERADO, EN ESTABLES CONDICIONES GENERALES.

TORAX, NORMOVENTILADO, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSOS

NEUROLOGICO,ALERTA, GLASGOW 15/15, SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR.

Resultados exámen diagnóstico

NO SE SOLICITAN

Nombre del Diagnóstico	Código del Diagnóstico
1. TRASTORNO PSICOTICO AGUDO DE TIPO ESQUIZOFRENICO	F 2 3 2
2.	
3.	
4.	

Tratamiento

HALOPERIDOL, DIAZEPAN
ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE
REMISION A PSIQUIATRIA

Complicaciones

PROPIAS DEL DIAGNOSTICO

MOTIVO REFERENCIA

SERVICIO NO OFERTADO

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA

Nombre JAVIER EDUARDO HUERFANO PROFESIONAL GENERAL
Firma Registro
Nombre y Apellido del profesional que acepta la remisión (Para remisiones Urgentes / Hospitalización)
Dra. Cabello

Impresión No: 2