



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

	50										
	P100487						Fect	na: 2018/08/29	Hora:	11:59	
INFORM	™ ≀ACIÓN DE	L PRESTADOR		\$28							
		ITAL SAN RAFA		********************	NIT X 891800	231		-0			
							cc			DV	
Código	150010038	37		7 - 27 TUNJA - E	BOYACA	***************************************	**************************************				
Teléfono	8	7405030									
	Indicativo	Núme	re	Departamento:	вочаса		15 Municipio:	TUNJA		001	
DATOS DEL PACIENTE											
	FERNAN	DEZ		GUERRERO		SER	GIO	ALE	JANDRO)	
	ler Apel	lido		2do Apellido	***************************************	1er No	mbre	2do	Nombre	!	
Tipe	Documento	de Identificacio	in a							*	
Re	gistro Civil			Pasaporte				1002459239			
- Company	rjeta de Ident			Adulto sin Iden			Número d	ocumento de Iden	tificaciór	1	
	dula de Ciud			Menor sin Iden	tificación		Facha d	e Nacimiento:	1002 07 1	0.4	
	dula de Extra						recha u		2002-07-0	U44 ***********************************	
		ncia Habitual:	ICA	RREA12 63 01			***************************************	Teléfone	3:		
Departam		OYACA			15	Municipio:	TUNJA			15001	
ENTIDAI	RESPONS	ABLE DEL PAG	GO: NUEV	/A EPS-C			Código:	EPS037			
			D	ATOS DE LA PERSO	NA RESPON	ISABLE DEL P	ACIENTE		1 17422.	*	
NO TIENI	E		NO TIEN	E	NO T	TENE		NO TIENE	**********		
	: 1er Apel			2do Apellido		1er No	mbre	2do	Nombre	,	
		de Identificació	in						19		
	gistro Civil rjeta de Ident	data 1 to		Pasaporte	.:6				***************************************		
-	rjeta de ident dula de Ciud			Adulto sin Iden Menor sin Iden			Número	Documento Identi	ficación		
	dula de Extra										
Dirección	de la Reside	ncia Habitual:						Teléfon	o:		
Departam	ento:					Municipio:					
Langery	7. a .	PRO	FESIONAL	QUE SOLICITA LA F	REFERENC	IA Y SERVICIO	AL CUAL SE RE	MITE	•		
Nombre MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO Teléfon							98	7405030)	g stylk s	
							Indicativo	Número		Extensión	
Servicio q	ue solicita la	referencia	Hospitaliza	ción PSIQUIATRIA			Teléfono Celular	•			
Servicio p	ara el cual s	e solicita la refe	rencia	Hospitalización UNID.	AD SALUD	MENTAL				- / /	
177			**************	INFORMACIÓ	ON CLÍNICA	RELEVANTE					

Aceptada Chinaca Emmond Sedo Sprint Calle 136 Dr June Manuel 16 pc 2 Alba yaneth Gliss vite



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

	9000								O.Z.I.I.Z.D			
									Fech	na: 2018/08/29	Hora:	11:59
		PRESTADOR										
Nombre 1	E,S.E HOSPI	TAL SAN RAFAEL	TUNJA					1 =	X 891800	231		-0
	150010000	(P)						CC				DV
+	150010038]	Dirección Prestador:	CRA	11 2	7 - 27 TUNJA -	BOYACA	4	VA 2 11 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1		
Teléfono		7405030										
	Indicativo	Número]	Departamento:	BOY.	ACA		15	Municipio:	TUNJA		00.1
<u> 1 - 64 - 44 - 44 - 44 - 44 - 44 - 44 - </u>				DATO	OS DEL	PAC	TENTE					
24 - 130 st	FERNANI			GUERRERO		*********	SER	RGIO		AL.	EJANDRO	***************************************
1. pp5.11	ler Apell	ido		2do Apellido			1er No	ombre		2'd	o Nombre	
Tipo	Documento	de Identificación										
Reg	istro Civil	•		Pasaporte						1002459239		A STATE OF THE STA
X Tary	eta de Identio	iad		Adulto sin Iden	ntificaci	ón			Númera de	ocumento de Idei	ntificación	
AND DESCRIPTION OF THE PARTY OF	ula de Ciuda			Menor sin Iden	ntificacio	ón			T TARREST OF THE	scameneo ac rae	umracion	
	ula de Extrar				**********				Fecha de	e Nacimiento:	2002-07-04	4
	ستنظف استسبت	cia Habitual:	CAR	REA12 63 01		 			***********	Teléfor	10:	
Departame		YACA				15	Municipio:	TUNJA				15001
ENTIDAD	RESPONSA	BLE DEL PAGO:	NUEVA	A EPS-C			***************************************		Código:	EPS037		
Diagnóstic	0: ()		******									
diagnóstica F129 TRAS COMPORT Z638 OTRO Z731 PROE Z532 PACI F122 TRAS	1915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1659 EFECTO TOXICO DE OTRAS SUSTANCIAS Y LAS NO ESPECIFICADAS: EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA Estado: Impresión liagnóstica. Tipo: Relacionado 1129 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTORNO MENTAL Y DEL 1129 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DE Relacionado 1638 OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1638 OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD ESTADO: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD ESTADO: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado 1632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD ESTADOR DE DEPENDENCIA Estado: Impresión 1639 RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD ESTADOR DE DEPENDENCIA Estado: Impresión 1639 RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RELACIONADOS CON LA ACENT										onado ido	
Tratamient	os Aplicados	3:							*******			
RANITIDIN RANITIDIN Procedimien	ORuro 0.9% 2 [A (CLORHII [A (CLORHII tos Realizado	K 1000 ML SOLUCI DRATO) 50 MG/2 N DRATO) 50 MG/2 N os:	ON INYI 1L DE B. 1L DE B.	OLUCION HARTMAN ECTABLE ASE SOLUCION INYE ASE SOLUCION INYE RIALES EN REPOSO (ECTAB ECTAB	LE LE			E		:	
Motivos de												
REFERENC ACIENTE M THC DROG A CONTRO PERSONAL	IA IASCULINO A DE ALTO LES POR PS	IMPACTO, ANTEC IQUIATRIA, ULTIN IES AUTOINFLING	AA EN M	ON HISTORIA DE CO E DE TRASTORNO D 1ARZO DE 2018, QUI IGRESA AL PRESENT	EPRES EN CUI	IVO F RSA (RECURRENTE, CON SX AFECT	, TRASTO	DRNO MIXT E 2 AÑOS D	TO DE LA PERSO E EVOLUCION	ONALIDAE	D, ASISTE
1,000			FIRM	MA Y REGISTRO DE	L PRO	FESI	ONAL QUE RI	EMITE	TO THE REAL PROPERTY OF THE PERSON OF THE PE	THE N. H. A.		
Firm	a:				2884+- 2884				Regis	tro: 962-03	TO CARLO SOLUTION OF THE PARTY.	



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

		Fe	ORMATO ESTANDARIZ	ADO DE RI	FERENCIA :	DE PAC		a: 2018	/08/27 ¥	lora:	16:05
INFORM	ACIÓN DE	L PRESTADOR									
Nombre	E.S.E HOSE	PITAL SAN RAFAEL T	`UNJA			NIT Z	891800	231	11.		-0 DV
Código	15001003	87	Dirección Prestador:	CRA 11 27	- 27 TUNJA - E	OYACA	######################################		,		
Teléfono	8	7405030					AVP				
	Indicativo	Número	Departamento:	вочаса		15 1	Municipio:	TUNJA			001
, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,			DATO	OS DEL PACI	ENTE	i					
	FERNA	NDEZ	GUERRERO		SER	GIO			ALEJA	NDRO	
	ler Ape	Ilido	2do Apellido		1er No	mbre			2do No	mbre	
Re	Document gistro Civil jeta de Iden	o de Identificación	Pasaporte Adulto sin Idei	ntificación			Númera da	100245	9239 de Identifi	cación	
7503.752.42	dula de Ciuc		Menor sin Ider	ntificación					:	j.est.	2.5%
Cé	dula de Extr	anjeria					Fecha de	Nacimi	ento: 200	2-07-04	
Dirección	de la Resid	encia Habitual:	CARREA12 63 01			·			Teléfono:		
Departam	ento: E	BOYACA		15	Municipie:	TUNJA					15001
ENTIDAD	RESPONS	SABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C	•			Código:	EPS037			
Anampesi	q (1.
PROCEDE VIVE EN ACOMPA MOTIVO ENFERMI DE REHA EMOCION INICIALIÓN Y TAQUIO CONSUM NOXA DE ANTECEE - PATOLÓ - HOSPITA - FARMAO - OUIRÚO - TÓXICO - INMUNE - TRAUM. - FAMILIA	L DUITAM ENTE: TUN ENTE: TUN ENTE: TUN ENTE: DE CONSU EDAD ACT BÍLITACIO MAL, EL DI LÉNTE POI CARDICO. O DE MED CONTAGI CONTAGI COLÓGICO GICOS: NO CALÉRGICOS: NO CRES: NO F	JA ON PSIQUIATRICA NFORMANTE: JUAN ILTA: "TOMO 5 PAST UAL:PACIENTE CON N POR CUADRO CLI A DE HOY REFIERE R MEDICO GENERAI CONSIDERA ENVIA ICAMENTO PARA CI O: NIEGA B EN MANEJO CON NO REFIERE S: TRAZODONA, LO D: REFIERE DS: NO REFIERE CUMPLE EL PAI PA O REFIERE CUMPLE EL PAI PA O REFIERE		TORNO AFEC OLUCION CO S DE TRAZOI ENCUENTRA N PARA VALO	TIVO BIPOLAF NSISTENTE EI OONA (GRAMA PACIENTE EN	N AGITA JE DESC BUENA:	.CION PSIC CONOCIDO S CONDICI	OMOTO) POR LO ONES GE	RA Y LABII O CUAL ES ENERALES	JIDAD VALOR SOMNO	ADO DLIENTO
Examen F										16.5 17.5 10.5 17.5	<u> (111) 5.5.</u>
ORIENTA	ico y Menta DO EN PEF RANZA, SC VION EN SE	RSONA, TIEMPO Y L' DLEDAD, MINUSVAL ENSOPERCEPCION, C	EN COMPAÑIA DE FUNCIO UGAR, HIPOPROSEXICO, LE LIA, E IDEAS DE AUTOAGR CONDUCTA MOTORA NORM UTADO NO AUTOCRITICO I	ENGUAJE BR RESION ACTI MAL, PATROI	ADILALICO , P VAS EN EL MC N ALIMENTAR	ENSAM MENTO IO Y DE	IENTO IDE.), NO IDEA! : SUEÑO N(AS DEPR S DELIRA DRMAL,	ERBAL, AL ESIVAS DE ANTES, NIE INTROSPE	ERTA, GA CCION P	OBRE,



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

INFORM	ACIÓN DE	L PRESTADOR					Fech	ia: 2018	3/08/27 1	Hora:	16:05
		ITAL SAN RAFAEL T	UNJA	CAMMAN WWW. W. W	***************************************	NIT [X 891800	231			-0 DV
Código	150010038	37	Dirección Prestador:	CRA 11 2	7 - 27 TUNJA - E	BOYACA	f		ANTINITA DE LECAS DE SER ANTINICACIONO DA SER ANTINICACION DE LA SER ANTINICACION DE LA SER ANTINICACION DE L	***************************************	
Teléfono	8	7405030		I				***************************************			
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	TUNJA		N S	001
(OS DEL PAC	CIENTE	1	***************************************	L			
·	FERNAN	IDEZ	GUERRERO		SER	GIO			ALEJA	NDRO	
	ier Apel	lido	2do Apellido		1er No	mbre		A	**********	ombre	10.00
Re X Tai	Documento gistro Civil geta de Ident dula de Ciud	,	Pasaporte Adulto sin Iden Menor sin Iden			and decade) de Identifi	icación	
Cé	dula de Extra	injeria			*************		Fecha d	e Nacimi	ento: 200	02-07-04	
Dirección	de la Reside	ncia Habitual:	CARREA12 63 01					HENTERCHEN BY	Teléfono:		
Departam	ento: B	OYACA		15	Municipio:	TUNJA	L.				15001
ENTIDAD	RESPONS	ABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C	1			Código:	EPS037		الأنهائية ، .	
Resumen	de la Evoluc	·ión:									1
Subjetive, NATURA PROCEDI OCUPACI ESCOLAF PROCEDI ACOMPA MC Y EA PACIENT HISTORIA CONTRO RELATA AISLAMII COMPLEI LA TERC MEDICAM MES, DO RECOLEC PRESENT MI COMP MI CO	L DE: DUIT ENTE DE TU ON: ESTUI RIDAD ESTU	pálisis: PSIQUIATRIA AMA JNIA DESDE HACE DIANTE DIANTE JOHN DE 8VO GR SETH ARIAS TORRES ÑOS, CON ANTECEL SEUMO DE SPA, THC DICAMENTE DESDI UIATRIA EN MARZO CLÍNICO DE 2 AÑOS I AL, ANHEDONIA, DA O DUERMO 4 HORA DIALES " ME DECIA ON CLONAZEPAM I ESENTADO IDEAS E UFICIENTES PASTAS TIÓN DE, 5 TABLETA: E IBA A SUICIDARM EN MOMENTO DE EN HOSPITALIZACION I A HISTORIA PERSON	S TRABAJADORA SOCIAL D DENTE DE TRASTORNO DEI CON PATRON DE CONSUM E LOS 13 AÑOS, QUIEN REQ	OGAR FRA DE INTERNA PRESIVO R IO DIARIO I PUIRIO DE NTES EN S. TRON ALIM SENTIDO " ITOS, CUAI DO DE FLUO DAS "LO TE " SOY UNA DE SERTIF OLO ESERTIF OL	ADO. ECURRENTE, TOE 1 PORRO AL TRATAMIENTO X AFECTIVA DE ACTIVIDADES OE ENTARIO CON , PRESENTO 2 DE XETINA ", SINTE NIA PLANEADO PERSONA QUE LALINA , CON F SEL ME LAS DE DILAS Y PENSE OE DICIEMBRE 2010 DICIEMBRE 201	FRASTO DIA, D DO CON TO DE TIPO QUE LE HIPORE HIPORE HIPORE OMAS O PARA E NO TE FINES A HO " "MI QUE ER	RNO MIXT ESDE ENEI RAZODON DEPRESIV CAUSABA EXIA, ALUG OS DE AUT RO DE 2018 QUE SE HA UN DIA EN NGO QUE I UTOLITICO E TOME 8 T A AHORA '	O DE LA RO DE ES A TAB A, IDEAS N PLACE COLISIS " S "CON S AN EXAC ESPECII DAR", IN S. "LE C CABLETA DICHO MANUEI	STE AÑO, 150 MG NO S DE MUER ER, INSOMI NES AUDIT ME CORTI OBREDOSI CERVADO I FCO Y NO GRESA AL OMENTE V S, QUERIA INTENTO	PREVIAM OCHE, UL RTE, NIO DE ITVAS E 2 VECE IS DE EN EL UL ALCACE //ARIAS C ATENER UL LO REAL	IENTE TIMO S, EN TIMO A OSAS A UNA IZA 018
ANTECEL PERSONA		OGICOS :TASTORNO	O DEPRESIVO RECURRENT	E, TRASTO	ORNO MIXTO D	E LA PE	RSONALID	AD CON	SUMO DE l	- M	, OUE

PERSONALES PATOLOGICOS :TASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE , TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD CONSUMO DE SPA-THC, FARMACOLOGICOS: HA RECIBIDO MANEJO CON TRAZODONA , QUETIAPINA , ACIDO VALPROICO , ESCITALOPRAM DOSIS NO CLARAS YA QUE NO CUENTA CON HISTORIA CLINICA

QUIRURGICOS: VARICOCELE IZQUIERDO

TOXICOS: CONSUMO DE THC DESDE LOS 13 AÑOS

ALERGICOS: NIEGA

FAMILIARES: PAPA Y MAMA CON DEPRESION.

Plan de manejo: PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD, CON HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DESDE LA EDAD DE LOS 13 AÑOS, THC, DROGA DE ALTO IMPACTO, ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD, ASISTE A CONTROLES POR PSIQUIATRIA, ULTIMA EN MARZO DE 2018, QUIEN CURSA CON SX AFECTIVOS DE 2 AÑOS DE EVOLUCION, CON HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS, INGRESA AL PRESENTAR AGUDIZACION DE SX AFECTIVA E INGESTION DE MEDICAMENTOS CON FINES AUTOLITICOS.

5 - 30

		****					***************************************							
FOR				MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL RMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES									1,	
			r Oktyr.											
	I.	24) 22)		Fecha: 2018/08/2								Hora:	16:05	
		L PRESTADOR] alter [V 001000	221			-0	
Nombre 1	e.s.e hosi	'ITAL SAN RAFAEI	LIUNJA					NIT X 891800231 CC						
Código	15001003	87		Dirección Prestador:	CRA	11 27	- 27 TUNJA - E	BOYACA						
Telefono	- 7.78	7405030												
HIAL	Indicativo	Número		Departamento:	BOY	ACA		15	Municipio:	TUNJA	. 1		001	
7 Jun 1	i Kangaran Januaran			DAT	OS DEL	PACI	ENTE							
4,000	FERNAI	√DEZ		GUERRERO			SER	GIO			ALE	JANDRO		
1.1.1.1.2()	ler Ape	llido		2do Apellido			1er No	mbre			2do	Nombre		
Tipo	Document	de Identificación												
	gistro Civil	<i>I</i> .		Pasaporte						100245	9239			
-	jeta de Iden	tidad		Adulto sin Ide	ntificaci	ón		****	Número d	locumento	de Iden	tificación		
Céc	lula de Ciuc	ladanía		Menor sin Ide	ntificacio	ón								
Céc	lula de Extr	anjería							Fecha c	de Nacimie	ento: 2	2002-07-0	4	
Dirección o	de la Resid	encia Habitual:	C.A	ARREA12 63 01							Teléfon	o:		
Departame	ento: E	IOYACA				15	Municipie:	TUNJ	A				15001	
ENTIDAD	RESPONS	ABLE DEL PAGO	: NUE	VA EPS-C					Código:	EPS037	154	11:19:1	177/2011	
AUTOAGI ENERO E NIEGA SX REQUIER AGUDO, DESCART	EN EL MOMENTO CON JUICIO NO AUTOCRITICO DE LO SUCEDIDO, PERSISTE INESTABILIDAD AFECTIVA. Y EMOCIONAL, IDEAS. Y RIESGO DE AUTOAGRESION. TIENE ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACION EN USM PSIQUIATRIA, CRIB EN DICIEMBRE 2017 Y EN CLINICA EMANUEL. EN ENERO DE 2018. NIEGA SX DE DEPRIVACION A SPA O SX DE PSICOSIS EN EL MOMENTO. REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES TAN PRONTO SE ESTABILICE CUADRO AGUDO, SE DEPINA CONDUCTA Y EGRESO POR SERRVICIO DE PEDIATRIA. SS. REALIZACION DE ESTUDIOS DE EXTENSION PARA DESCARTAR SUSTRATO ORGANICO, SE INDICA ACOMPAÑAMIENTO DE FAMILIAR O PERSONAL DE ICBF. LAS 24 HORAS, CONDICION QUE SE EXPLICA À TRABAJADORA SOCIAL DE ICBF.											ANUEL EN E CUADRO		
/ 10)	ou niving.	f k I												
IDX TRASTOR	NO DEPRI	 ESIVO RECURREN	TE ,EPIS	EPISODIO ACTUAL GRAVE -INTENTO DE SUICIDIO										
		AL DE LESIONES A D'DE LA PERSONA		FLINGIDAS										
医蛋白 化氯钾镍铁铁矿工作	25 (4.5)			BIDOS AL CONSUMO DE SPA -DEPENDENCIA A THC									. T	
-ESTRESC	RES FAM	LIARES -P/ EVAL	UAR RE	D DE APOYO										
Diagnóstic			************				979 pt 49 pt 40							
	CTO TOXIC Tipo: Rela		TANCIA	S Y LAS NO ESPECIF	ICADAS	: EFE	CTO TOXICO I	DE SUS	TANCIA NO) ESPECIF	ICADA :	Estado: Im	ipresion	
Z532 PACI	ENTE FUC	ADO Estado: Confi	rmado nu	ievo Tipo: Relacionado									2	
F332 TRAS		EPRESIVO RECUR	RENTE	- EPISODIO DEPRESI	IVO GRA	AVE P	RESENTE SIN	SINTO	MAS PSICO	TICOS Est	ado: Imp	resión dia	gnóstica	
Z915 HIST	ÔRIA PER	SONAL DE LESION	I AUTOI	NFLIGIDA INTENCIO ORTAMIENTO DEBID	NALME OS ALT	NTE E	stado: Impresió E CANNABINO	n diagn	óstica Tipo: I SINDROME	Relacionad DE DEPE	o NDENC	IA Estado	: Impresión	
diagnóstica	Tipo: Rela	cionado											*	
				DRTAMIENTO DEBIDO do: Impresión diagnósti				DIDES:	TRASTORN	IO MENTA	AL Y DE	L		
Z638 OTR	OS PROBL	EMAS ESPECIFICA	ADOS RE	ELACIONADOS CON E	EL GRUI	O PR	IMARIO DE AI	POYOE	Estado: Impre	sión diagn	óstica Ti	po: Relaci	onado	
Z731 PRO	BLEMAS R	ELACIONADOS C	ON LA A	CENTUACION DE RA	SGOS I	DE LA	PERSONALID	AD Esta	ado: Impresid	ón diagnóst	ica Tipo:	: Relacion	ado	
Motivos de	e remisión:	-												
REFEREN	CIA				*************									
PACIENTE	MASCUL	INO DE 16 AÑOS I	DE EDAL	O, CON HISTORIA DE	CONSU	MO D	E SUSTANCIA RECURPENTE	S PSIC	OACTIVAS STORNO MI	DESDE LA	A PERS	DE LOS I	I3 ANOS,	

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD, CON HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DESDE LA EDAD DE LOS 13 ANOS, THC, DROGA DE ALTO IMPACTO, ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD, ASISTI A CONTROLES POR PSIQUIATRIA, ULTIMA EN MARZO DE 2018, QUIEN CURSA CON SX AFECTIVOS DE 2 AÑOS DE EVOLUCION, CON HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS, INGRESA AL PRESENTAR AGUDIZACION DE SX AFECTIVA E INGESTION DE MEDICAMENTOS CON FINES AUTOLITICOS.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE



Firma:

Registro: 962-03