

554090.

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/24 Hora: 14:46

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

CC ☐

-0

DV

Código 1500100387

Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono

8

7405030

Indicativo

Número

Departamento:

BOYACA

15

Municipio: TUNJA

001

DATOS DEL PACIENTE

ACERO

GUIO

MARITZA

CAROLINA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil
☐ Tarjeta de Identidad
☒ Cédula de Ciudadanía
☐ Cédula de Extranjería

- ☐ Pasaporte
☐ Adulto sin Identificación
☐ Menor sin Identificación

1049647347

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1996-09-13

Dirección de la Residencia Habitual:

CLL 7B 19 45

Teléfono: 3128397891

Departamento:

BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

FAMISANAR SAS EPS-C

Código: EPS017

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE

NO TIENE

NO TIENE

NO TIENE

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil
☐ Tarjeta de Identidad
☐ Cédula de Ciudadanía
☐ Cédula de Extranjería

- ☐ Pasaporte
☐ Adulto sin Identificación
☐ Menor sin Identificación

Número Documento Identificación

Dirección de la Residencia Habitual:

Teléfono:

Departamento:

Municipio:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre

ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR

Teléfono:

Servicio que solicita la referencia

Urgencias PSIQUIATRIA

Indicativo

Número

Extensión

Teléfono Celular

Servicio para el cual se solicita la referencia

Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/24 Hora: 14:46

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231
CC ☐

-0
DV

Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
Teléfono 8 7405030
Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ACERO GUIO MARITZA CAROLINA
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

1049647347

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1996-09-13

Dirección de la Residencia Habitual: CLL 7B 19 45 Teléfono: 3128397891
Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: FAMISANAR SAS EPS-C Código: EPS017

Anamnesis:

ENFERMEDAD ACTUAL:
PACIENTE DE 21 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 1 HORA DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN INTENTO SUICIDA, REFIERE DESDE VARIOS MESES PRESENTA PROBLEMAS CON SU PAREJA POR CELOS, Y POSTERIOR A DISCUSIÓN INSERTA YELCO #20 EN BRAZO IZQUIERDO. ES ENCONTRADA POR CUÑADO EN EL BAÑO CON ABUNDANTE SANGRADO POR LO QUE COMUNICAN A PERSONAL DE AMBULANCIA Y TRAIDA A ESTA INSTITUCIÓN.

ANTECEDENTES:
PATOLÓGICOS: MADRE REFIERE PRESENTABA IDEACIÓN SUICIDA EN LA ADOLESCENCIA RECIBIENDO ATENCIÓN POR PSICOLOGIA.
FARMACOLÓGICOS: NIEGA
QUIRÚRGICOS: NIEGA
ALÉRGICOS: NIEGA
FAMILIARES: NIEGA
EXPOSICIONALES/TÓXICOS: NIEGA

Examen Físico:

Neurológico y Mental
Neurológico y Mental: Anormal, ALERTA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, LENGUAJE VERBAL, ESPONTANEO, COHERENTE, PENSAMIENTO IDEAS DE CULPA Y MINUSVALIA, IDEAS DE MUERTE ACTIVAS, AFECTO ANSIOSO, IRRITABLE, JUICIO SUSPENDIDO.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/24 Hora: 14:46

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231
CC ☐

-0
DV

Código 1500100387

Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono 8 7405030

Indicativo

Número

Departamento:

BOYACA

15

Municipio: TUNJA

001

DATOS DEL PACIENTE

ACERO

GUIO

MARITZA

CAROLINA

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil
☐ Tarjeta de Identidad
☒ Cédula de Ciudadanía
☐ Cédula de Extranjería

- ☐ Pasaporte
☐ Adulto sin Identificación
☐ Menor sin Identificación

1049647347

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1996-09-13

Dirección de la Residencia Habitual: CLL 7B 19 45

Teléfono: 3128397891

Departamento: BOYACA

15

Municipio: TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: FAMISANAR SAS EPS-C

Código: EPS017

Resumen de la Evolución:

INTERCONSULTA - JUNTAS

Fecha: 24/08/2018 13:00

Subjetivo, objetivo y análisis: PACIENTE CON CUADRO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE INICIO EN LA INFANCIA, CON RASGOS DE PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE, CONDICIONANDO LA INCLUSION EN RELACIONES DE PAREJA INESTABLES, SIENDO VICTIMA DE VIOLENCIA FISICA Y PSICOLOGICA, ASI COMO EJERCIENDO AGRESIVIDAD FISICA Y PSICOLGOICA HACIA SU PAREJA, LO CUAL HA CONDICIONADO INGESTA DE ALCOHOL CON PATRON DE ABUSO Y USO NOCIVO, RELACIONANDOSE ESTO CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS, PRESENTANDO INTENTO DE SUICIDIO RECIENTE, POR LO CUAL SE INDICA MANEJO INTRAHOSPITALARIO Y SE PROCEDE A REMISION A USM. SE SOLICITAN PATRACLINICOS DE EXTENSION PARA DESCARTAR COMORBILIDAD ORGANICA.

SE EXPLICA A PACIENTE Y MADRE LA CODNICON ACTUAL DE LA PACIENTE, LA NECESIDAD DE MANEJO HOSPITALARIO Y EL TRASLADO A USM. POR CONDICION ACTUAL DE LA PACIENTE SE PROHIBE EL INGRESO A PAREJA: YEISON FERNANDO BOHORQUEZ VARGAS.

Análisis de resultados: SIN REPORTES

Plan de manejo: - HOSPITALIZAR 5° NORTE

- ACOMPAÑAMIENTO PERMANENTE POR FAMILIAR LAS 24 HORAS

- NO SE AUTORIZA EL INGRESO DE YEISON FERNANDO BOHORQUEZ VARGAS A LA INSTITUCION****.

- FLUOXETINA TABLETA 20MG, DAR UNA CON EL DESAYUNO

- DIFENHIDRAMINA JARABE 12,5MG/5ML, DAR 2,5CC CADA 8 HORAS

- SS/ BHCG, PERFIL TIROIDEO, PERFIL HEPATICO, PERFIL RENAL, TOXICOS EN ORINA

- EN CASO DE AGITACION PSICOMOTRIZ: HALOPERIDOL AMP 5MG + BIPERIDON AMP 5MG, APLICAR IM

- EN CASO DE AGITACION PSICOMOTRIZ: REALIZAR SUJECION MECANICA EN 4 PUNTOS, CON ESPECIAL CUIDADO DE PAQUETE VASCULONERVIOSO Y PIEL CADA 2 HORAS, NO MANTENER LA SUJECION POR MAS DE 4 HORAS. GARANTIZAR SEDACION DURANTE LA SUJECION.

- REVISION DE PERTENENCIAS RETIRANDO OBJETOS DE RIESGO, RETIRO DE CELULAR Y DEMAS APARATOS ELECTRONICOS

- SS/ VALORACION POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA

- SS/ REMISION A USM DE ADULTOS DE MANERA URGENTE, YA QUE NO SOMOS UNA INSTITUCION ADECUADA PARA DAR MANEJO INTEGRAL A LA PACIENTE.

Diagnóstico:

N200 CALCULO DEL RIÑON Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

X830 LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OTROS MEDIOS ESPECIFICADOS: VIVIENDA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal

F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

F101 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: USO NOCIVO Estado: Confirmado nuevo 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: 2018/08/24 Hora: 14:46

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT	<input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
		CC	<input type="checkbox"/>	DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA	
Telefono	8 7405030			
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ACERO	GUIO	MARITZA	CAROLINA
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	
		1049647347 Número documento de Identificación	
		Fecha de Nacimiento: 1996-09-13	
Dirección de la Residencia Habitual:	CLL 7B 19 45	Teléfono:	3128397891
Departamento:	BOYACA	15 Municipio:	TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: FAMISANAR SAS EPS-C		Código:	EPS017

Motivos de remisión:

REFERENCIA
 ACIENTE CON CUADRO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL DE INICIO EN LA INFANCIA, CON RASGOS DE PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE, CONDICIONANDO LA INCLUSION EN RELACIONES DE PAREJA INESTABLES, SIENDO VICTIMA DE VIOLENCIA FISICA Y PSICOLOGICA, ASI COMO EJERCIENDO AGRESIVIDAD FISICA Y PSICOLGOICA HACIA SU PAREJA, LO CUAL HA CONDICIONADO INGESTA DE ALCOHOL CON PATRON DE ABUSO Y USO NOCIVO, RELACIONANDOSE ESTO CON CONDUCTAS AUTOLESIVAS, PRESENTANDO INTENTO DE SUICIDIO RECIENTE, POR LO CUAL SE INDICA MANE

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

M^a Alejandra Andrade S.

Registro: 151735



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA



Fecha Ingreso: 2018-08-24 11:41

201808240152

ACERO GUIDO MARITZA CAROLINA

Historia: 1049647347 Genero: Femenino
Edad: 21 Años Telefono:
Direccion:

Medico: MEDICO NO LEGIBLE Y/O NO REMITIDO
Servicio: URGENCIAS Cama: 3
Pagador: FAMISANAR
Tipo de Muestra: VENOSA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

CUADRO HEMATICO

RECuento DE BLANCOS	9.56	X10 ³ /uL	4.5 - 11
NEUTROFILOS	64.9	%	35 - 66
LINFOCITOS	26.7	%	24 - 44
MONOCITOS	7.3	%	3 - 8
EOSINOFILOS	0.4	%	
BASOFILOS	0.4	%	
NEUTROFILOS #	6.20	10 ³ /uL	
LINFOCITOS #	2.55	10 ³ /uL	
MONOCITOS #	0.70	10 ³ /uL	
EOSINOFILOS #	0.04	X10 ³ /uL	
BASOFILOS #	0.04	X10 ³ /uL	
DIFERENCIAL MANUAL	NI	%	
RECuento DE G. ROJOS	4.65	10 ⁶ x mm ³	4 - 4.9
HEMOGLOBINA	15.0	g/dl	12 - 15
HEMATOCRITO	42.6	%	36 - 44
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	91.6	fL	80 - 100
HB CORPUSCULAR MEDIA	32.3	pg	26 - 30
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	35.2	g/dl	31 - 37
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R. - CV	12.5	%	35 - 55
ANCHO DISTRIBUCION GL. ROJOS - SD	41.1		
RECuento DE PLAQUETAS	292	10 ³ /uL	150 - 450
PDW	NI	fL	
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	8.3	fL	
OBSERVACIONES	NI		
GRANULOCITOS INMADUROS#	0.03	10 ³ /uL	
GRANULOCITOS INMADUROS	0.3	%	0 - 0.4
ERITROBLASTOS#	0.00	10 ³ /uL	
ERITROBLASTOS	0.0	%	0 - 0

KATHERINE DIAZ MARTINEZ
R.P. 1819
Secteriología

Validado : 24/08/2018 12:00:04