

**EPS SANITAS**  
**"FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES"**  
**HISTORIA CLINICA N° 80174975**  
**GENERADO: 07/07/2018 11:45**

REMITIDO DE	UNIDAD URGENCIAS PUENTE ARANDA				
FECHA REMISIÓN	07/07/2018	HORA	11	MINUTO	45
SERVICIO AL CUAL REMITE	PSIQUIATRIA				NIVEL BAJO
APELLIDOS		ALDANA SALAZAR		NOMBRES	DANIEL RODRIGO
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	CC 80174975	EDAD AÑOS	SEXO M		
ENTIDAD DE AFILIACIÓN	E.P.S. SANITAS	34			

**DATOS DE LA ATENCIÓN**

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**

MOTIVO DE CONSULTA: ESTA EN LA DROGADICION ENFERMEDAD ACTUAL: CC DE LARGA DATA CON PROBLEMA DE DROGADICION  
HACE UN MES TUBO UNA RECAIDA POR SUSTANCIA PSICOACTIVAS BASUCO MARIHUANA PACINTE QUE ES REMITIDO POR TRABAJO  
SOCIAL  
PX NIEGA LAX NIEGA QX NIEGA MX NIEGA

**ANTECEDENTES**

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION CANNABINOIDES Y BASUCO  
QUIEN DESDE HACE 3 AÑOS (DESPUES DE SALIR DE DETENCIÓN), SUSPENDIO EL CONSUMO, SE ENCONTRABA TRABAJANDO CON MUY  
BUENA ESTABILIDAD PERSONAL Y FAMILIAR, CON RECAIDA EN CONSUMO DE BASUCO HACE 4 MESES Y AUMENTO PROGRESIVO DEL  
MISMO POR LO QUE HACE UN MES VIVE EN LA CALLE, ASISTE HOY POR SUS PROPIOS MEDIOS A TRABAJO SOCIAL DE DONDE REMITEN A  
URGENCIAS PARA PROCESO DE DESINTOXICACION EN UNIDAD

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

EXAMEN FISICO ADULTO  
FR 12 X' FC 95 X' T 36.5 °C SPO2 95 % TA 120/70 MMHG PESO KG  
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADO, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, NO SIGNOS MENINGENOS, NO RIGIDEZ NUCAL. SENSIBILIDAD  
CONSERVADA, FUERZA MOTRIZ 5/5, GLASGLOW 15/15

**RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y CONDICIÓN AL EGRESO**

1. REMISIÓN A UNIDAD DE SALUD MENTAL PARA DESINTOXICACIÓN, UNA VEZ TERMINE EL PROCESO DEBE CONTINUAR EN MANEJO CON  
DR COTE POR CONSULTA EXTERNA
2. OBSERVACIÓN, LEV
3. LEVOMEPRIMAZINA TAB X 25 MG 1-1-0-1

**MOTIVOS REMISIÓN**

DESINTOXICACION

**OBSERVACIONES** REMITIDO DE TRABAJO SOCIAL PARA DESINTOXICACIÓN EN UNIDAD DE SALUD MENTAL

INFORMANTE: PACIENTE Y ESPOSA  
OCUPACION: INDEPENDIENTE  
VIVE CON: CALLE HACE UN MES

**FIRMA Y SELLO MÉDICO**

**FIRMA USUARIO**

**NOMBRE** OSCAR IVAN PINTO RAMOS

**DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN** CC 15647944

**REGISTRO MÉDICO** 15647944

Firmado electrónicamente