

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

**Fecha:** 2019/02/09    **Hora:** 16:32

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b> CLINICA DE MARLY S.A.				<b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/> 860002541	<b>-2</b>
				<b>CC</b> <input type="checkbox"/>	<b>DV</b>
<b>Código</b>	110010936101		<b>Dirección Prestador:</b>	CALLE 50 NUMERO 9 - 67	
<b>Teléfono</b>	1	3436600			
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	BOGOTA D.C	11
			<b>Municipio:</b>	BOGOTA	001

**DATOS DEL PACIENTE**

SALCEDO		FERIAS		LEYDY		CRISTINA	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1022967036	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		<b>Número documento de Identificación</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1991-03-08	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			crr 72j n 42g - 1			<b>Teléfono:</b>	3882703
<b>Departamento:</b>		BOGOTA D.C		11	<b>Municipio:</b>	BOGOTA	11001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			EPS SANITAS (URGENCIA)			<b>Código:</b>	EPS005

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		Número Documento Identificación	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>						<b>Teléfono:</b>	
<b>Departamento:</b>				<b>Municipio:</b>			

**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

<b>Nombre</b>	SANDRA MILENA PANTOJA BURBANO			<b>Teléfono:</b>			
		<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Extensión</b>			
<b>Servicio que solicita la referencia</b>		Urgencias CIRUGIA GENERAL		<b>Teléfono Celular</b>	3016600886		
<b>Servicio para el cual se solicita la referencia</b>		HOSPITALIZACION PSIQUIATRIA					

**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:** 2019/02/09    **Hora:** 16:32

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b> CLINICA DE MARLY S.A.				<b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/>	860002541		-2
				<b>CC</b> <input type="checkbox"/>			DV
<b>Código</b>	110010936101		<b>Dirección Prestador:</b>	CALLE 50 NUMERO 9 - 67			
<b>Teléfono</b>	1	3436600					
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	BOGOTA D.C	11	<b>Municipio:</b>	BOGOTA 001

**DATOS DEL PACIENTE**

SALCEDO		FERIAS		LEYDY		CRISTINA	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1022967036	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		<b>Número documento de Identificación</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1991-03-08	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			crr 72j n 42g - 1			<b>Teléfono:</b>	3882703
<b>Departamento:</b>	BOGOTA D.C			11	<b>Municipio:</b>	BOGOTA	11001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			EPS SANITAS (URGENCIA)			<b>Código:</b>	EPS005

**Anamnesis:**

Natural: Bogotá d.c.  
Procedente y residente: Bogotá d.c.  
Ocupación: empleada de gestión de proyectos U. andes  
  
Motivo de consulta: "anoche me tome muchas tabletas"  
  
Enfermedad actual: Paciente femenina de 27 años con cuadro clínico de 18 horas de evolución consistente en ingesta de 10 tabletas de trazodona y medio frasco de clonazepam debido a que quería dormir por muchos días, refiere no intentaba suicidarse, en el momento refiere somnolencia profusa, parestesias en piernas y sensación de tristeza intensa por lo que decide consultar.  
Refiere hace 6 días estuvo en urgencias donde iniciaron trazodona y sertralina.  
  
Antecedentes  
Patológicos: depresión  
Qx: niega  
Hosp: a los 18 años por similares episodios  
Fármaco: trazodona, sertralina, clonazepam  
Tóxicos: niega  
Alergias: niega  
FUM: no la recuerda  
  
RPS: no refiere otra sintomatología, diuresis (+) normal, deposiciones (+) normales.

**Examen Físico:**

-  
Aspecto General: Normal, alerta, con hipersomnia  
Cabeza y Cuello: Normal, Conjuntivas normocrómicas, escleras anictéricas, mucosa oral y lengua húmeda, cuello móvil.  
Cardiopulmonar: Normal, Ruidos cardíacos rítmicos, no soplos, ruidos respiratorios conservados, sin sobreagregados.  
Abdomen y Zona Pélvica: Normal, Ruidos hidroaéreos presentes, blando, no impresiona dolor a la palpación, no se palpan masas ni visceromegalias, no signos de irritación peritoneal.  
Extremidades y Dorso: Normal, Sin edema, pulsos periféricos presentes, llenado capilar de 2 segundos.  
Estado Neurológico y Mental: Normal, Funciones mentales conservadas, pares craneales sin alteración, FM 5/5 en todas las extremidades, RMT: ++/++++, sensibilidad conservada, no signos meníngeos ni de focalización, no disdiadococinesia.

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

**Fecha:** 2019/02/09    **Hora:** 16:32

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b> CLINICA DE MARLY S.A.				<b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/>	860002541		-2
				<b>CC</b> <input type="checkbox"/>			DV
<b>Código</b>	110010936101		<b>Dirección Prestador:</b>	CALLE 50 NUMERO 9 - 67			
<b>Teléfono</b>	1	3436600					
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	BOGOTA D.C	11	<b>Municipio:</b>	BOGOTA 001

**DATOS DEL PACIENTE**

SALCEDO		FERIAS		LEYDY		CRISTINA	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1022967036			
				<b>Número documento de Identificación</b>			
				<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1991-03-08			
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			crr 72j n 42g - 1			<b>Teléfono:</b>	3882703
<b>Departamento:</b>	BOGOTA D.C			11	<b>Municipio:</b>	BOGOTA	11001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			EPS SANITAS (URGENCIA)			<b>Código:</b>	EPS005

**Fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico:**

08/02/2019 13:36 GLICEMIA PRE  
GLICEMIA PRE: 74 mg/dl Valores de Referencia: 70 - 100 mg/dl: 08/02/2019 13:36 CLORO  
CLORO----->: 108 mmol/LV. de Referencia: 98 a 107: 08/02/2019 13:39 CREATININA  
CREATININA ----->: 0.72 mg/dl MUJERES 0.52 - 1.04: HOMBRES: 0.66 - 1.25: 08/02/2019 13:41 SODIO  
SODIO----->: 141 mmol/L Rango referencia: 137 a 145: 08/02/2019 14:25 POTASIO  
POTASIO: 4.3 mmol/L Rango referencia: 3.5 a 5.1 mmol/L:

**Resumen de la Evolución:**

**EVOLUCIÓN**

Fecha: 09/02/2019 16:28  
Subjetivo, objetivo y análisis: NOTA CX GENERAL  
PACIENTE4 CON MEJORIA DE ESTADO NEUROLOGICO , NO PRESENCIA DE DISARTRIA , NO DEFICIT NEUROLOGICO, YA VALORADO POR PSIQUISTRIA Y TOXICOLOGIA QUIENES CONSIDERAN REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL , SE INICIA TRAMITES .

**Diagnóstico:**

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Estado: En Estudio Tipo: Principal  
T430 ANTIDEPRESIVOS TRICICLICOS Y TETRACICLICOS Estado: En Estudio Tipo: Relacionado  
X610 ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A DROGAS ANTIEPILEPTICAS, SEDANTES, HINOPTICAS, ANTIPARKINSONIANAS Y PSICOTROPICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE, EN VIVIENDA Estado: En Estudio Tipo: Relacionado  
F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Tipo: Relacionado

**Tratamientos Aplicados:**

Medicamentos administrados: LACTATO DE RINGER 1000 ML  
LACTATO DE RINGER 1000 ML

**Motivos de remisión:**

Remisión a Otra Institución  
INTENTO SUICIDA

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Registro:** 1085269834