

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

Fecha: 2019-02-15 Hora: 13:22:29

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b>	CONGREGACION DE LAS HERMANAS DE LA CARIDAD DOMINICAS DE LA PRESENTACION DE LA SANTISIMA VIRGEN CLINICA PALERMO		<b>NIT</b>	X	860006745-6
<b>Código</b>	1100108952		<b>CC</b>		
<b>Teléfono:</b>	4304977-216		<b>Dirección prestador:</b>		
	indicativo	Número	<b>Departamento:</b>		<b>Municipio:</b>

**DATOS DEL PACIENTE**

PARRA	ARIAS	GERMAN	RICARDO
<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	1026256762	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería	<b>Fecha de Nacimiento</b>	1986-11-27	
<b>Dirección de Residencia Habitual:</b>			<b>Teléfono</b>
<b>Departamento:</b> BOGOTA D.C.		11	<b>Municipio:</b> BOGOTA D.C.-USME - SAN JU 001
<b>Teléfono Celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>		

**ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:** UNICAJAS CONFACUNDI EPS-S UNICAJAS **CODIGO:** EPS035**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		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	Número documento de identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de extranjería			
<b>Dirección de Residencia Habitual:</b>			<b>Teléfono</b>
<b>Departamento:</b>		<b>Municipio:</b>	
<b>Correo electrónico:</b>			

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

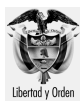
<b>Nombre de que solicita</b>	<b>Teléfono</b>	
Med Esp CABARIQUE SERRANO, SERGIO HERNANDO	<b>Teléfono Celular</b>	3156055960
<b>Servicio que solicita la referencia :</b> Hospitalización		
<b>Servicio para el cual se solicita la referencia :</b> Hospitalización		

**INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE**

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnósticos, resumen de la evolución, diagnósticos, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

**- ANAMNESIS**

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA SIN ACOMPAÑANTE, CONSULTA POR APARENTE EPISODIO CONVULSIVO A LAS 05+00PM CON APARENTE ANTECEDENTE DE EPILEPSIA,REFIERE EN RIAGE CEFALEA, SE ENCUENTRA SOMNOLIENTO AL MOENTO DE EVALORACION EN TRAIGE.  
SEGUN ENFERMERA DE TRIAGE EN PERTENCIASD E PACIENTE SE ENCUENTRA BLISTERDE QUETIAPINA Y PRGABALINA VACIOS Y MULTIPLES SUPLEMENTOS VITAMNICOS. SECOMUNICA CON FAMILAR DE PACIENTE QUIEN REFIERE QUE HACE APRIOXMAMDAMETNE20 DIAS, PACIENTE SE HOSTALIZO POR INTENTO



FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2019-02-15

Hora: 13:22:29

SUICIDIO Y SALI ESTA SEMNA SIN RFIERIR CON EXACTITUD COMO FUE EL  
INTENTO SUICIDA.

NO SE CUENTA CON MAS INFORMACION

PACIENTE QUE SE ENCUENTRA ESTUPOROSO

- EXAMEN FÍSICO

NORMAL, APARENTEMENTE SIN LESIONES  
CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS  
MUCOSA ORAL HUMEDA  
SIN ADENOMEGALIAS, SIN MASAS  
RS CS RITMICOS, RS RS SIN AGREGADOS PU  
BLANDO, NO DISTENDIDO, NO MASAS  
NO EXAMINADO  
SIN EDEMAS, ADECUADA PERFUSION DISTAL  
ALERTA SIN DEFICIT SENSITIVO NI MOTOR

.

- FECHAS Y RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS

13.02.2019 -TAC DE CRANEO SIMPLE  
13.02.2019 -ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD  
15.02.2019 -ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD  
13.02.2019 -TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]  
15.02.2019 -TIEMPO DE PROTROMBINA [PT]  
13.02.2019 -TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]  
15.02.2019 -TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL [PTT]  
13.02.2019 -HEMOGRAMA III SIN VSG  
15.02.2019 -HEMOGRAMA III SIN VSG  
13.02.2019 -CLORO [CLORURO]  
15.02.2019 -CLORO [CLORURO]  
13.02.2019 -GASES ARTERIALES [EN REPOSO O EN EJERCICIO]  
13.02.2019 -GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA  
15.02.2019 -MAGNESIO  
13.02.2019 -NITROGENO UREICO [BUN]  
15.02.2019 -NITROGENO UREICO [BUN]  
13.02.2019 -POTASIO  
15.02.2019 -POTASIO  
13.02.2019 -SODIO  
15.02.2019 -SODIO  
15.02.2019 -TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA  
15.02.2019 -TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFE  
13.02.2019 -CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS  
15.02.2019 -CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS  
14.02.2019 -DROGAS DE ABUSO



## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2019-02-15

Hora: 13:22:29

14.02.2019 -UROANALISIS CON SEDIMENTO Y DENSIDAD URINARIA

## - RESUMEN DE EVOLUCIÓN

PACIENTE CON INDICACIÓN DE UCI INTERMEDIA POR NECESIDAD DE VIGILANCIA Y MONITORIA HEMODINÁMICA Y CARDIOVASCULAR Estricta y continua ante alto riesgo de suicidio por persistencia de ideación suicida.

SE TRATA DE UN PACIENTE JOVEN CON TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR QUIEN HA PRESENTADO VARIOS INTENTOS SUICIDA DE ALTO RIESGO, INGRESA POR NUEVO EPISODIO DE INTENTO DE SUICIDIO ESTA VEZ POR QUETIAPINA Y LORAZEPAM, REQUIERE VIGILANCIA Y MONITORIA CONTINUA.

VALORADO POR PSIQUIATRÍA QUIEN REFIERE PERSISTENCIA DE IDEACIÓN SUICIDA. ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE.

SE INICIA TRÁMITES DE REMISIÓN A UNIDAD MENTAL.

## - DIAGNÓSTICOS

20190213-R418-OTROS SINTOMAS Y SIGNOS QUE INVOLUCRAN LA FUNCION COGNOSCITIVA Y LA CONCIENCIA Y LOS NO ESPECIFICADOS

## - COMPLICACIONES

ALTO RIESGO DE SUICIDIO

## - TRATAMIENTOS APLICADOS

## Medicamentos Aplicados:

15.02.2019 -Lactato de ringer x 1000mL POS

15.02.2019 -Ranitidina 50mg/2mL ampolla POS

15.02.2019 -Metoclopramida 10mg/2mL ampolla POS

15.02.2019 -Enoxaparina 40mg jeringa POS

15.02.2019 -Bisacodil 5mg tableta POS

14.02.2019 -Dextrosa 10% en A,D, x 500mL POS

14.02.2019 -Bisacodil 5mg tableta POS

14.02.2019 -Lactato de ringer x 1000mL POS

14.02.2019 -Ranitidina 50mg/2mL ampolla POS

14.02.2019 -Metoclopramida 10mg/2mL ampolla POS

14.02.2019 -Enoxaparina 40mg jeringa POS

14.02.2019 -Lactato de ringer x 1000mL POS

14.02.2019 -Ranitidina 50mg/2mL ampolla POS

14.02.2019 -Metoclopramida 10mg/2mL ampolla POS

14.02.2019 -Enoxaparina 40mg jeringa POS

13.02.2019 -Solucion salina 0,9% x 1000mL POS

## - MOTIVO DE REMISIÓN

## Asistencial

REMISION A UNIDAD MENTAL POR ALTO RIESGO DE SUICIDIO.

91438461 Med Esp CABARIQUE SERRANO, SERGIO HERNANDO

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE