

**900959051**

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A**

No de Planilla

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

No de Solicitud

273090

Fecha de radicación de la Referencia

24/08/2018 15:54:49

Hora de radicación de la Referencia

3:54:49 p.m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	3			
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>	3. Urgente <input type="checkbox"/>	4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombre Paciente:	JEISON CAMILO CAMACHO SANCHEZ	Identificación:	1013664387	1013664387	Sexo:	Masculino	
Fecha Nacimiento :	12/01/1996 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	22 Años \ 7 Meses \ 12 Días	AREA DE SERVICIO	3BLE10	INGRESO	3263271
Dirección:	CALLE 71 SUR # 102-51	Teléfono:	3123210201	Localidad	LOC. KENNEDY		
CC Cedula de Ciudadania	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar			

**PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)**

Responsable:	MOVIL 5179 ADELINA SANCHEZ	Teléfono Resp:	3123210201
Dirección Resp:	CALLE 71 SUR # 102-51		

**AFILIACION SGSSS**

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC034 - EPS FAMISANAR SAS SOAT -15%	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

**SOLICITUD DE REFERENCIA**

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD BAJA	38221	3BL - UMHEs SAN BLAS	2	F	B	0	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	-------	----------------------	---	---	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

**RESUMEN HISTORIA CLÍNICA**

Anamnesis	" HA ESTADO TERRIBLE"
	PACIENTE CON CUADRO DE IRRITABILIDAD, VERBORREA, LOGORREA , HETEROAGRESIVO CON FAMILIARES. POBRE PATRON DE SUEÑO.
Examen Físico:	
Signos Vitales	TA: 120/70   FC: 78 x Min   FR: 18 x Min   GlasGow: 15   TC: 0,0000   Peso: 62,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD, ESCOLARIDAD BACHILLER, ESTUDIO EN EL SENA DESPOSTAJE , HASTA EL SEMESTRE PASADO. ACTUALMENTE DESOCUPADO, VIVE CON LOS PADRES. SOLTERO SIN HIJOS, ACOMPAÑANTE E INFORMANTE /MADRE ADELINA SANCHEZ RODRIGUEZ ANTECEDENTES PSIQUIATRICOS ESQUIZOFRENIA PARANOIDE DX HACE 2 AÑOS. SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO TOXICOS: CONSUMO DE THC.FARMACOLOGICOS: CLOZAPINA, " NO RECUERDA DOSIS" ENFERMEDAD ACTUAL : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE SIN ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DESDE MARZO APROX NO TOMA MEDICACION. HOY INGRESA EN COMPAÑIA DE LA MADRE QUIEN MANIFESTA QUE SU HIJO PRESENTA CUADRO DE APROX 3 MESES DE HETEROAGRESIVIDAD VERBAL, AISLAMIENTO SOCIAL, REFERENCIALIDAD CON SU FAMILIA, COPROLALIA. HOY ES TRAIDO POR EXACERBACION DE SINTOMAS, ESPECIALMENTE AGRESIVIDAD VERBAL, HOY AMENAZA AL PADRE CON MATARLO Y MATAR A SU MADRE POR QUE SU PADRE LE DEBE UN DINERO .
-------------------------------	---

**MOTIVO REFERENCIA**

1. Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7. Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐  
2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐  
11. Otro: ☐ Falta\_Cama\_IPS\_Remite

**DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)**

FECHA    DIA    MES \_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_    Hora Militar:    Funcionario de Contacto    Cargo: \_\_\_\_\_ Punto de destino final: \_\_\_\_\_



Firma:

**Datos del Profesional que Realiza la Referencia**

**Medico**    ROBERT MEDINA RAJE GERARDO

**Registro**    811138