

**900959051**

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

No de Planilla

No de Solicitud

**300760**

Fecha de radicación de la Referencia

**31/10/2018 17:41:33**

Hora de radicación de la Referencia

**5:41:33 p. m.**

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	178
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:	MARCIA ANDREA SIERRA MONTOYA	Identificación:	1000334541	1000334541	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento :	20/06/1988 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	30 Años \ 4 Meses \ 11 Días	AREA DE SERVICIO	2LVE10	INGRESO
Dirección:	CLLE 46 SUR 3 10 ESTE	Teléfono:	3227206266	Localidad	LOC. SAN CRISTOBAL	
			3138350028			
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:	-- --	Teléfono Resp:	-
Dirección Resp:	-		

**AFILIACION SGSSS**

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC056 - NUEVA EPS-C	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	2LV - UMHES LA VICTORIA	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	* TIENE LA CRISIS. *					
	ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, EN MANEJO CON CLOZAPINA 100 MG CADA DIA. CUADRO DE APROX DE 20 DIAS DE EVOLUCION DE HIPOREXIA, PERDIDA DE PESO, HIPOACTIVIDAD, ABULIA, MUTISMO, NO ALUCINACIONES, NO AGRESIVIDAD. NO IDEACION DELIRANTE. NO MOVIMIENTOS DISTONICOS.					
Examen Físico:	DESNUTRICION PROTEICO CALORICA					
Signos Vitales	TA: 123/86	FC: 93 x Min	FR: 22 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 1,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

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

☐ Actividad Uteri

☐ Actividad Uterina Regula

☐ Amenorrea

☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE EN MANEJO CON CLOZAPINA 100 MG DIA INGRESO POR CUADRO DE 20 DIAS CONSISTENTE EN ABULIA, AISLAMIENTO SOCIAL, HIPOREXIA, MUTISMO.
-------------------------------	--

**MOTIVO REFERENCIA**

1. Servicio no ofertado <input type="checkbox"/>	3. Falta de Insumos <input type="checkbox"/>	5. Falta de Camas <input type="checkbox"/>	7. Emergencia Sanitaria <input type="checkbox"/>	9. Ausencia de Convenio <input type="checkbox"/>
2. Ausencia de Profesional <input type="checkbox"/>	4. Falta de Equipos <input type="checkbox"/>	6. Cese de Actividades <input type="checkbox"/>	8. Requiere manejo otro nivel <input type="checkbox"/>	10. Devolucion Injustificada <input type="checkbox"/>
11. Otro: <input type="checkbox"/>	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:
-------	-----	-----	-----	---------------	-------------------------	--------	-------------------------

Gerardo

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico ROBERT MEDINA RAJE GERARDO

Registro 811138