

14/7/2018

Correo de Colsanitas - Fwd: JERFON ANDRES ALVAREZ VALENCIA TI: 1054398212

3



Central Contrareferencia <contrarefcentralurg@colsanitas.com>

**Fwd: JERFON ANDRES ALVAREZ VALENCIA TI: 1054398212**

referencia@emmanuelips.com <referencia@emmanuelips.com>

14 de julio de 2018, 14:34

Para: Central Contrareferencia <contrarefcentralurg@colsanitas.com>

o

----- Mensaje reenviado -----

**Asunto:**JERFON ANDRES ALVAREZ VALENCIA TI: 1054398212

**Fecha:**Sat, 14 Jul 2018 14:20:32 -0500

**De:**REFERENCIA CLINICA CONSORCIO EMMANUEL <referencia@emmanuelips.com>

**A:**resanitas@colsanitas.com, remimpbogota@colsanitas.com, p.aguilera@emmanuelips.com, direccion.cientifica@emmanuelips.com, referencia@emmanuelips.com

Cordial saludo

**La EPS solicita:**

Buenas tardes Envio soportes de remision de pte a UNIDAD MENTAL Y PSIQUIATRIA Agradezco de su colaboracion y pronta respuesta Cordilamente Eduardo Gonzalez

**La IPS Responde:**

Se acepta paciente en Sede Spring Calle 136 No 52ª- 46. Requiere autorización para hospitalización en unidad de salud mental. Debe acudir en compañía de familiar.

**Medico que recibe:** ADRIANA DEL PILAR CASTELLANOS GONZALEZ

Referencia y contrareferencia

Clinica consorcio emmanuel

TEL: 4431850 Ext: 201 - 200 - 30459686504

CONSORCIO CLÍNICA EMMANUEL --- Calle 136 No 52ª- 46 Bogotá DC



Central Contrareferencia &lt;contrarefcentralurg@colsanitas.com&gt;

**REMISION DE PTE JERSON ANDRES ALVAREZ VALENCIA PARA UNIDAD MENTAL Y PSIQUIATRIA TI 1054398212**

Central Contrareferencia &lt;contrarefcentralurg@colsanitas.com&gt;

14 de julio de 2018, 13:21

Para: Remisiones Eps Sanitas Fonosanitas <resanitas@colsanitas.com>, fax Fonosanitas fax <solicitudesreferencia@colsanitas.com>, ecampoabierto Colsanitas <ecampoabierto@colsanitas.com>, Direccion Cientifica Clinica emmanuel <direccion.cientifica@emmanuelips.com>, "CNSP: Referencia y contrareferencia" <referencia\_contraref@cllapaz.com.co>, REFERENCIA CLINICA EMMANUEL <referencia@emmanuelips.com>, Jorge Mc Douall Lombana <jmcdouall@colsanitas.com>

*Buenas tardes**Envio soportes de remision de pte a UNIDAD MENTAL Y PSIQUIATRIA**Agradezco de su colaboracion y pronta respuesta**Cordialmente**Eduardo Gonzalez*

Referencia y Contra-Referencia  
Unidad Urgencias Puente Aranda  
Cra. 62 N° 14-41  
Tel: 6466060 EXT: 5719444/37



JERSON ANDRES ALVAREZ VALENCIA.pdf  
339K

**EPS SANITAS**  
**"FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES"**  
**HISTORIA CLINICA N° 1054398212**

GENERADO: 14/07/2018 12:26

REMITIDO DE	UNIDAD URGENCIAS PUENTE ARANDA				
FECHA REMISIÓN	14/07/2018	HORA	12	MINUTO	26
SERVICIO AL CUAL REMITE	PSIQUIATRIA				
APELLIDOS	ALVAREZ VALENCIA	NOMBRES	JERSON ANDRES		
DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	TI 1054398212	EDAD AÑOS	14	SEXO	M
ENTIDAD DE AFILIACIÓN	E.P.S. SANITAS				

**DATOS DE LA ATENCIÓN**

**MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL**  
 MOTIVO DE CONSULTA: SE CORTO CON VIDRIO EN LOS BRAZOS. ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION CINSISTENTE EN HERIDA AUTODIRIGIDA EN REGION D E MUÑECA CON VIDRIO Y PUNTA D E LAPIZ CON INTENCION SUICIDA , PACINETE CON AUTOAGRESION Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. EN MANEJO CON FUNDACION " LIBERATE" , TRAIIDO POR LA MADRE SEGUN REPORTE DE FUNDACION PRESNETA IDEACION SUICIDA EN 1 EPSIUODIO CON INTENCION DE AHORCAMIENTO.

**ANTECEDENTES**  
 CONSUMO DE SUSTANCIA S PSICOACTIVAS. ACTUALEMNTE EN FUNDACION .

**EXAMEN FÍSICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO**  
 HERIDAS DE BACILACIUN EN MUÑECA IZQUIERDA.  
 NEUROLOGICO ALERTA, NOMINA , CUENTA, ISOCORIA, REACTIVA, SIMETRIA FACIAL, PARES CRANEANOS NORMNALES, FUERZA 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, ROT +++++, MARCHA NORMAL. PIEL Y FANERAS: SIN ALTERACIONES EVIDENTES.  
 PACIENMTE TAQUIPSQUIA, BRADILALICO, SIN ALUCINACIONES, SIN IDEGACIO SUICIDA ESTYRUCTURADA , CON NEGACIO D E EVENTO, CO INTRSOPECCION IMJCIERTA Y PROSPECCION NULA.

**RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y CONDICIÓN AL EGRESO**  
 PACINETE CON AUTOAGRESION CON IDEACIO SUCIIDA , SIN ALUCINACIOJNES.

**MOTIVOS REMISIÓN**  
 AUTOAGRESION , DEPRESIO , IDEACION SUICIDA

**OBSERVACIONES** MANEJO ESPECIALIZADO.

FIRMA Y SELLO MÉDICO

NOMBRE LUIS ENRIQUE MURILLO MORENO

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC

REGISTRO MÉDICO 14136936

FIRMA USUARIO

Firmado electrónicamente