

No de Solicitud

216425

No de Planilla

Fecha de radicacion de la Referencia

21/06/2018 00:07:49

Hora de radicacion de la Referencia

12:07:49 a. m.

Tipo Usuario

Ambulatorio

Tipo Remisión

6

1. Ambulatorio

☐

2. En Urgencias

☐

3. Hospitalización

☐

1. Electiva

☐

2. Electiva Prioritaria

☐

3. Urgente

☐

4. Hospitalización

☐

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:

JULIO ALBERTO GONZALEZ LEMUS

Identificación:

17021178

Sexo:

Masculino

Fecha Nacimiento :

11/05/1939 12:00:00 a. m.

Edad Actual:

79 Años \ 1 Meses \ 11 Días

AREA DE SERVICIO

B01C2

INGRESO

1259319

Dirección:

T-POLICIA

Teléfono:

T-POLICIA

Localidad

FONTIBON

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

007001 - CON E.P.S. FAMISANAR LTDA.

I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO

IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA - PSQUIATRIA N2

890402PSQ

C61 - KR 99 No 16 I - 41 CAMI II - FONTIBON
TEL 4220876 4183587

2

F

B

0

2

REMISION A III NIVEL PARA VALORACION Y MANEJO INTEGRAL POR PSQUIATRIA DE SU EPS FAMISANAR

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

☐ I NIVEL:

☐ II NIVEL:

☐ III NIVEL:

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

ENFERMEDAD DE ALZHEIMER, NO ESPECIFICADA

G309

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

MC" ESTA DESORIENTADO "
PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 3 HORAS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR ESTADO DE DESORIENTACION REFERIDO POR TRIPULANCIA DE AMBULANCIA REFIERE QUE FUERON LLAMDOS AL PORTAL DORADO Y RECIBEN PACIENTE EL CUAL ESTA DESORIENTADO Y CONFUSO REFIERE ENTECEDRENTES DE ALZHEIMER SIN MAS INFORMACION FAMILIAR MAL INFOEMANTE NO SABE HISTORIA DEL PACIENTE NIEGA DOLOR TORACICO NIEGA MAS SINTOMAS ASOCIDOS EN EL MOMENTO GALSOW 15/15 CONCIENTE ALERTA Y DESORIENTADO EN ESPACIO

PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN DIFICULTAD PARA RESPIRAR

Examen Físico:

NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS CARDIOVASCULARES, GASTROINTESTINALES, URINARIOS, DERMATOLOGICOS, MUECULOESQUELETICOS

Signos Vitales

TA: 138 | FC: 90 x Min | FR: 85 x Min | GlasGow: 15 TC: 36,0000 | Peso: 70,0000

Resultados Exámenes Diagnósticos:

Ginecobstétricos:

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

☐ Actividad Uterina ☐ Actividad Uterina Regular ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membranas

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

ANALISIS
PACIENTE EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA MAL INFORMANTE AL OARECER CON ANTECEDENTES PSQUIATRICOS REFIERE ENTICUAGULACION NO RECUERDA MEDICAMENTO NO TRAE HISTORIA CLINICA FAMILIAR NO CONOCE HISTORIA DEL PACIENTE EN EL MOMENTO, CON ESTABILIDAD HEMODINAMICA SIN SIRS, AFEBRIL HIDRATADO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD PARA RESPIRAR AL EXAMEN FISICO SIN TAQUICARDIA SIN TAQUIPNEA EUTERMICO SIN ALTERACIONES AL ALAUSCULTYACIN CARDICA NI RESPIRATORIOA ABDOMEN SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL GLASGOOW 15/15 EN EL MOENTO SIN DETERIORO NEUROLOGICO CONCIENTE ALERTA CON DESORIENTACION EN TIEMPO Y ESPACIO SE CONCIERA POSIBLE DEMENCIA VS ALZHEIMER SE DECIDE OBSERVACION NEUROLOGICA POR 8 HORAS Y SS PARACLINICOS CH PCR PO IONOGRAMA ELECTROCARDIOGRAMA Y TROPONINA PARA DESCARTAR EVENTO CORONARIO POR GRUPO HETAREO Y SS REMISION A III NIVEL PARA VALORACION Y MANEJO POR PSQUIATRIA POR FAMISANAR.

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:

☐

Ausencia_de_Profesional

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA

DIA

MES

AÑO

Hora Militar:

Funcionario de Contacto

Cargo:

Punto de destino final:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico

GIL GUZMAN YUSIN ALEJANDRO

Profesion:

Especialidad:

MEDICINA DE URGENCIAS

Registro

80181358

Firma: