

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

Fecha: 2018-10-31 Hora: 12:35:06

**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**

RODRIGUEZ	No tiene	MARLY	JINNET
<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	1094919025	
<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>	1990-10-17	
<b>Dirección de Residencia Habitual:</b>			<b>Teléfono</b>
<b>Departamento:</b> BOGOTA D.C.		11	<b>Municipio:</b> BOGOTA D.C.-CHAP - SAN IS 001
<b>Teléfono Celular:</b>	<b>Correo electrónico:</b>		
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b> SANITAS S.A. E.P.S. SANITAS EPS			<b>CODIGO:</b> EPS005

**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 DIAZ SALDAÑA, PEDRO ANTONIO	<b>Teléfono Celular</b>	3106792889
<b>Servicio que solicita la referencia :</b> Urgencias		
<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**

PACIOENTE CON CAUDRO CLINICO QUE EMPIEZAQ EN LA NOCHE, CONSISTENTE EN AGITACION MOTORA HETEROAGRESIVIDAD, INQUIETUD MOTORA, DIAFORESIS, HETEROAGRESIVIDAD, INSOMNIO. FAMILIAIRES REFIEREQN QUE DESDE EL SABADO HA ESTADO CONSUMIENTO HEROINA Y AL PARECER COCAINA. INGRESA AGITADA, REFEIRE SENSACION URENTE EN TODO EL CUERPO. REFEIRE QUE "NO LA COMPRENDEN" Y PIDE QUE SE LE DE DOSIS DE HEROINA. OFICIO: SERVICIOS GENERALES VIVE CON HERMANA



Fecha: 2018-10-31

Hora: 12:35:06

TIENE 2 HIJOS, UNO VIVE EN ARMENA Y OTRO EN VILLAVICENCIO

**- EXAMEN FÍSICO**

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

**- FECHAS Y RESULTADOS DE EXAMENES AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS**

30.10.2018 -ELECTROCARDIOGRAMA DE RITMO O DE SUPERFICIE SOD  
30.10.2018 -HEMOGRAMA III SIN VSG  
30.10.2018 -CLORO [CLORURO]  
30.10.2018 -GLUCOSA EN SUERO, LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA  
30.10.2018 -POTASIO  
30.10.2018 -SODIO  
30.10.2018 -CREATININA EN SUERO U OTROS FLUIDOS  
30.10.2018 -COCAINA O METABOLITOS SEMIAUTOMATIZADO  
30.10.2018 -OPIACEOS SEMIAUTOMATIZADO O AUTOMATIZADO

**- RESUMEN DE EVOLUCIÓN**

psiquiatria pacinete mas traquila muy somnolinet pero colabora  
bienorinetad en espacio y persona mal en timepo refiare tener desde  
hace 4 años multiples intento sde suicidio l primero hace 4 años  
con raticida , estuvo hospitalizada durante un mes, no ha seguido  
controles y refiere que no toma medicacio psiquiatriuca. desee  
entonces multiples intentos el ultimo hace una seamana cortandose  
los brazod no necesito sutura , ya no recuerda cuantos intentos  
ha tenidoi  
hoy mas colaboradroa , pero esta muy somnolinet  
acepta la remision a unidad mentral pensamiento coherente baja  
introspeccion juicio m conservado afceto muy mal modulaod animo de  
timnte deprsivo  
trastorno deprsivo recurrente con multi'le sintentos de suicidio el  
ultimo gesto suicida hace 1 semanas  
farmavcodependecnai a la cocaína  
usoi reciente de heroína  
disminutyto sedacion dejo haloperdiol 2 mgs en l anoche  
clonazepan solo anecesidad 5 gts



FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018-10-31

Hora: 12:35:06

paciente debe ser remitida a unidad mental

- DIAGNÓSTICOS

20181030-F114-TRASTORNOS MENTALES Y DE COMPORTAMIENTO POR USO OPIACEOS ES  
TADO ABSTINENCIA DELIRIO

- COMPLICACIONES

NO COMPLCIACIONES

- TRATAMIENTOS APLICADOS

Medicamentos Aplicados:

31.10.2018 -Clonazepam 2,5mg/mL gotas POS  
31.10.2018 -Haloperidol 5mg/mL ampolla POS  
30.10.2018 -Clonazepam 2,5mg/mL gotas POS  
30.10.2018 -Haloperidol 5mg/mL ampolla POS  
30.10.2018 -Metadona 10mg tableta POS  
30.10.2018 -Lactato de ringer x 500mL POS  
30.10.2018 -Diazepam 10mg/2ml Ampolla POS  
30.10.2018 -Ranitidina 50mg/2mL ampolla POS

- MOTIVO DE REMISIÓN

Asistencial

NO UNIDAD DE SALUD MENTAL EN LA INSTITUCION

79746845 Med Esp DIAZ SALDAÑA, PEDRO ANTONIO

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE