

656817

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/11/08 Hora: 14:01

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA NIT ☒ 891800231 -0
CC ☐ DV

Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
Teléfono 8 7405030
Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ MORENO IRIS LORENA
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

1019146173

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1999-01-22

Dirección de la Residencia Habitual: CARRERA 9 63 A 58 Teléfono: 3222499096

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE NO TIENE NO TIENE NO TIENE

1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

Número Documento Identificación

Dirección de la Residencia Habitual: Teléfono:

Departamento: Municipio:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO Teléfono: 98 7405030

Indicativo Número Extensión

Servicio que solicita la referencia Urgencias PSIQUIATRIA Teléfono Celular

Servicio para el cual se solicita la referencia Hospitalización PSIQUIATRIA

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Clinica Sumarvel
Sede Puente
Dr. Juan Carlos Rosas
Infante Johanna Steub.

OK
Harcoldo
Harcoldo

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/11/08 Hora: 14:01

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA NIT ☒ 891800231 -0
CC ☐ DV

Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono 8 7405030
Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ MORENO IRIS LORENA
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

1019146173

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1999-01-22

Dirección de la Residencia Habitual: CARRERA 9 63 A 58 Teléfono: 3222499096

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037

Anamnesis:

PTE CON ANTECEDENTE DE TST DEPRESIVO, TST DE ANSIEDAD, TST DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA, VENIA SIENDO TRATADA POR PSIQUIATRIA CON FLUOXETINA Y COLANEAPEM, FUE VALORADA EN EL DIA DE HOY DR JC ALBA, QUIEN REMITE A ESTE SERVICIO PARA MANEJO INTRAHOSPITALARIO Y REMISION A USM, REFIERE INTENTO DE AUTOAGRESION HACE DOS SEMANAS AL INGERIR GRAN CANTIDAD DE MEDICACION PRESCRITA

ANTECEDENTES

MEDICOS : SOP + LO REFERIDO EL LA EA
FCOLOGICOS : LO REREFIRO EN EA, NIEGA OTROS MEDICAMENTOS
QX: NIEGA
ALERGIAS : PENICILINA (RASH)
OCUPACION ESTUDIANTE DE BIOLOGIA 6 SEMESTRE
GO : G0P0, FUR 4-10-18, PF AO, VSA +

EF AHORA

CC MUCOSAS HUMEDAS, NO SDR, CONJUNTIVAS NORMALES
CP RS CS RS NO SOPLOS, RS RS SIN AGREGADOS PULMONARES, ADECUADA TRANSMISION DEL MURMULLO VESICULAR
ABDOMEN RUIDOS INTESTINALES +, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO MASAS
EXTREMIDADES SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR NORMAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS
NEUROLOGICO PTE CONCIENTE, ALERTA, G 15/15, NO FOCALIZACION SENSITIVA O MOTORA APARENTE

Examen Físico:

Neurológico y Mental
Neurológico y Mental: Anormal, EM: PACIENTE ALERTA, ORIENTADA GLOBALMENTE, COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO, LENGUAJE COHERENTE, PENSAMIENTO SIN ALTERACIONES EN EL CURSO, IDEAS DE DESESPERANZA Y DE E MINUSVALIA, NO IDEAS DE MUERTE NI SUICIDIO EN EL MOMENTO. SENSOPERCEPCIÓN SIN ALTERACIONES. AFECTO MODULADO DE FONDO ANSIOSO. INTELIGENCIA IMPRESIONA PROMEDIO. JUICIO Y RACIOCINIO PARCIALES, DEBILITADOS, INTROSPECCIÓN Y PROSPECCIÓN EN CONSTRUCCIÓN. CONDUCTA MOTORA SIN ALTERACIONES.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/11/08 Hora: 14:01

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ		MORENO		IRIS		LORENA																	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre																	
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td colspan="2">1019146173</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> <td colspan="2">Número documento de Identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento: 1999-01-22</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1019146173		<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	Fecha de Nacimiento: 1999-01-22		<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1019146173																					
<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	Fecha de Nacimiento: 1999-01-22																					
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería																							
Dirección de la Residencia Habitual:			CARRERA 9 63 A 58			Teléfono: 3222499096																	
Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	TUNJA		15001																
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-C		Código:	EPS037																	

Resumen de la Evolución:

EDAD: 19 AÑOS
 NATURAL: BOGOTÁ D.C.
 PROCEDENTE: TUNJA, BOYACÁ
 OCUPACIÓN: ESTUDIANTE UPTC BIOLOGÍA 6TO SEMESTRE
 VIVE: SOLA
 ACOMPAÑANTE: PADRE (VÍCTOR SÁNCHEZ)
 MC: "INTENTÉ SUICIDARME DOS VECES"

EA: PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LÍMITROFES. EN ESA OCASIÓN LA PACIENTE NO ACEPTÓ LA REMISIÓN A USM, SE DIO EGRESO EL 05/10/18 CON MANEJO FARMACOLÓGICO CON FLUOXETINA 20 MG CADA 12 HORAS Y CLONAZEPAM TAB 0.5 MG 0.25 - 0.25 - 0.5 MG, Y COMPROMISO CON LA FAMILIA DE CUIDARLA Y SUPERVISAR MANEJOS, SIN EMBARGO LA PACIENTE SE ENCUENTRA VIVIENDO SOLA DESDE MEDIADOS DE OCTUBRE.

LA PACIENTE REFIERE QUE UNA SEMANA LUEGO DEL EGRESO COMENZÓ A SENTIR SÍNTOMAS ANSIOSOS DE PREDOMINIO NOCTURNO, INSOMNIO DE RECONCILIACIÓN Y SÍNTOMAS DE CORTE DEPRESIVO DADOS POR AFECTO TRISTE, ANHEDONIA, DISMINUCIÓN DE LA ENERGÍA, IDEAS DE MINUSVALÍA Y DESESPERANZA CON IDEAS DE MUERTE Y SUICIDIO ESTRUCTURADAS. REFIERE DOS INTENTOS DE SUICIDIO UNO HACE 15 DÍAS Y EL OTRO HACE 1 SEMANA INTENTANDO SOBREDOSIS CON CLONAZEPAM Y FLUOXETINA. EN EL PRIMER INTENTO INGERIÓ 20 TABLETAS DE CLONAZEPAM Y EN EL SEGUNDO FLUOXETINA APROX 40 TABLETAS NO SOLICITÓ ATENCIÓN MÉDICA RELATA COMO DESENCADENANDES "TAL VEZ EL ESTUDIO, ME DA UN ATAQUE DE ANSIEDAD Y DE DESESPERO, ES NO SABER QUE HACER Y QUERER SALIR CORRIENDO". ACTUALMENTE REFIERE 15 DÍAS SIN MANEJO FARMACOLÓGICO. EL DÍA DE HOY VALORADA POR CONSULTA EXTERNA DE PSIQUIATRÍA, QUIEN ENVÍA A URGENCIAS PARA HOSPITALIZACIÓN EN USM, INDICAN MANEJO CON FLUOXETINA 20 MG TAB, VO, 1 MAÑANA 1 AL MEDIODÍA, CLONAZEPAM TAB 0.5 MG TAB, VO, MEDIA MAÑANA MEDIA MEDIODÍA 1 NOCHE REMISIÓN

ANTECEDENTES PERSONALES:
 PATOLÓGICOS: SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO
 QUIRÚRGICOS: NIEGA
 FARMACOLÓGICOS: FLUOXETINA 20 MG CADA 12 HORAS Y CLONAZEPAM TAB 0.5 MG 0.25 - 0.25 - 0.5 MG HASTA HACE 15 DÍAS
 TÓXICOS: CONSUMO OCASIONAL DE ALCOHOL, CONSUMO OCASIONAL DE MARIHUANA ÚLTIMA VEZ HACE 6 MESES.
 ALÉRGICOS: PENICILINA (RASH)
 FAMILIARES: ABUELA MATERNA CA CÉRVIX

Plan de manejo: PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LÍMITROFES. EN DICHA OCASIÓN NO SE ACEPTÓ LA REMISIÓN A USM Y SE DIO EGRESO CON MANEJO FARMACOLÓGICO Y COMPROMISO POR PARTE DE LA FAMILIA DE CUIDAR A LA PACIENTE. SIN EMBARGO LA PACIENTE REFIERE QUE DESDE MEDIADOS DE OCTUBRE VIVE SOLA. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. NIEGA OTROS INTENTOS DE AUTOAGRESIÓN. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN POR LO QUE SE REQUIERE HOSPITALIZACIÓN PARA REINICIO DE MANEJO FARMACOLÓGICO. SE EXPLICA CONDUCTA A PACIENTE Y FAMILIAR, ENTIENDEN Y ACEPTAN, QUIEN DEBE PERMANECER BAJO EL ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR 24 HORAS. SS PARACLÍNICOS DE CONTROL, DESCARTAR SUSTRATO ORGÁNICO

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/11/08 Hora: 14:01

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SANCHEZ	MORENO	IRIS	LORENA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	

1019146173

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1999-01-22

Dirección de la Residencia Habitual:		CARRERA 9 63 A 58		Teléfono: 322499096	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C			Código:	EPS037	

IDX:

- TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN
- EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE
- HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN
- RASGOS LÍMITROFES DE LA PERSONALIDAD
- HISTORIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA
- MALA RED DE APOYO

Diagnóstico:

F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal
 Z639 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
 R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
 F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
 Z915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLINGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
 F509 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

FLUOXETINA TAB 20 MG VO SOBRE EL DESAYUNO, 20 MG AL MEDIO DIA
 CLONAZEPAM TAB 0.5 MG: 1/2 - 1/2 - 1 CADA 8 HORAS

Motivos de remisión:

REFERENCIA - USM PSIQUIATRÍA ADULTOS
 PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LÍMITROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN. REQUIERE MANEJO EN USM PSIQUIATRÍA ADULTOS.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03



201811080243

SANCHEZ MORENO IRIS LORENA

Historia: 1019146173 Genero: Femenino
Edad: 19 Años Telefono:
Direccion:

Medico: OMAR HUMBERTO MUÑOZ MENDOZA
Servicio: URGENCIAS Cama: URG
Pagador: NUEVA EPS
Tipo de Muestra: VENOSA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS IN

RECUENTO DE BLANCOS	11.57	X10 ³ /uL	*	4.5 - 11
NEUTROFILOS	66.6	%	*	35 - 66
LINFOCITOS	25.4	%		24 - 44
MONOCITOS	6.6	%		3 - 8
EOSINOFILOS	0.7	%		
BASOFILOS	0.3	%		
NEUTROFILOS #	7.70	10 ³ /uL		
LINFOCITOS #	2.94	10 ³ /uL		
MONOCITOS #	0.76	10 ³ /uL		
EOSINOFILOS #	0.08	X10 ³ /uL		
BASOFILOS #	0.04	X10 ³ /uL		
RECUENTO DE G. ROJOS	4.67	10 ⁶ x mm ³		4 - 4.9
HEMOGLOBINA	14.1	g/dl		12 - 15
HEMATOCRITO	41.2	%		36 - 44
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.2	fL		80 - 100
HB CORPUSCULAR MEDIA	30.2	pg	*	26 - 30
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.2	g/dl		31 - 37
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R.-CV	11.8	%	*	35 - 55
ANCHO DISTRIBUCION GL.ROJOS - SD	38.0			
RECUENTO DE PLAQUETAS	360	10 ³ /uL		150 - 450
PDW	NI	fL		
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.2	fL		
OBSERVACIONES	NI			
GRANULOCITOS INMADUROS#	0.05	10 ³ /uL		
GRANULOCITOS INMADUROS	0.4	%		0 - 0.4
ERITROBLASTOS#	0.00	10 ³ /uL		
ERITROBLASTOS	0.0	%		0 - 0


Nombre: JORGE ANDRES L. SERPA
R.P. 1043
Neurólogo

Validado : 08/11/2018 16:10:12

