

54967

ANEXO TECNICO No.9  
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/09/28 Hora: 17:08

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231  
CC ☐

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

Teléfono 8 7405030

Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

ALARCON PINTO ANGIE PILAR  
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

1052411394

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1997-10-27

Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 17 BIS N 35 A 25

Teléfono: 3193909146

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: FAMISANAR SAS EPS-S Código: EPSS17

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 UNIDAD SALUD MENTAL

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD REFIERE QUE EN EL DIA DE AYER PRESENTO IDEAS DE SUICIDIO REFIERE QUE SE IBA A TIRAR DE UN PUENTE. PACIENTE CON PROBLEMAS

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, EM: PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, CONSCIENTE, ACTITUD COLABORADORA. ACTITUD MOTORA HIPOBULICA. AFECTO TRISTE, LLANTO FACIL. LENGUAJE EULALICO. PENSAMIENTO Y ATENCION: EUPSIQUICO, ACTUALMENTE CON IDEAS DE MINUSVALIA. DESESPERANZA, NO IDEAS DE AUTOAGRESION ESTRUCTURADAS, NO DELIRANTE, INTELIGENCIA PROMEDIO. MEMORIA CONSERVADA. INTROSPECCION Y JUICIO DEBILITADO, NO AUTOCRITICO, PROSPECCION NICIERTA.

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/09/28 Hora: 17:08

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	X	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

ALARCON	PINTO	ANGIE	PILAR
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <p> <input type="checkbox"/> Registro Civil         <input type="checkbox"/> Pasaporte       </p> <p> <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad         <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación       </p> <p> <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía         <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación       </p> <p> <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería       </p>			
			1052411394
			Número documento de identificación
			Fecha de Nacimiento: 1997-10-27
Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 17 BIS N 35 A 25		Teléfono: 3193909146
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	FAMISANAR SAS EPS-S		Código: EPSS17

### Resumen de la Evolución:

#### EVOLUCIÓN

Fecha: 28/09/2018 16:29  
 Subjetivo, objetivo y análisis: NOTA RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA  
 NATURAL: BOGOTÁ  
 PROCEDENTE: TUNJA  
 OCUPACION: ESTUDIANTE ENFERMERÍA UPTC 8 SEMESTRE  
 VIVE EN LA RESIDENCIA DE LA UNIVERSIDAD  
 IAVD  
 MC Y EA  
 PACIENTE ASISTE SOLA A SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLÍNICO CLÍNICO DE TIEMPO NO ESPECIFICO, REACTIVO A ESTRESORES AMBIENTALES, FAMILIARES, DONDE RELATA  
 "MI ABUELO ES UN ALCOHOLICO, MI ABUELA LA ABUSAN TODOS EN LA CASA, TENGO UNA TIA CON COMPLEJOS, MI MAMA VIVE FRUSTRADA PORQUE NO TIENE LA FAMILIA QUE QUIERE Y MI PADRE ES DEPRESIVO Y MANIPULADOR", REFIERE IMPORTANTE DISFUNCION FAMILIAR, COMENTA ADEMÁS  
 RUPTURA SENTIMENTAL DESDE HACE 9 MESES, MANIFIESTA FUE UNA RELACION "TÓXICA", PREVALECE LA MALA COMUNICACIÓN, LA AGRESION VERBAL Y FÍSICA. DICE TENER HIJO DE 4 AÑOS, EN EL MOMENTO NO CUENTA CON RECURSOS ECONOMICOS CON QUE SOSTENERLO POR LO QUE HACE 2 MESES, LO TIENE QUE DEJAR BAJO EL CUIDADO DE LOS ABUELOS POR PARTE DEL PADRE, HECHOS QUE LA HAN MANTENIDO INESTABLE A NIVEL AFECTIVO, DONDE PRESENTA IDEAS DE MINUSVALIA, DESESPERANZA "SIEMPRE ME HE SENTIDO TRISTE SIN EMBARGO POR SER MADRE CABEZA DE HOGAR NADIE LO NOTA Y NO SE FIJAN QUE YO SIENTO, PIENSAN ES QUE UD TIENE QUE... POR SU HIJO" REFIERE SIN EMBARGO DESDE LA RUPTURA SENTIMENTAL, SU RENDIMIENTO ACADÉMICO HA DISMINUIDO, "ME HAGO VER COMO UNA PERSONA INDEPENDIENTE, PERO POR DENTRO TENGO RABIA, MUCHA TRISTEZA", EL FIN DE SEMANA PRESENTA DISUCION CON MADRE, PRESENTANDO AGUDIZACION DE LA SX, QUE GENERAN MAYOR MALESTAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO, COMPROMISO DE SU FUNCIONAMIENTO, AYER PRESENTA IDEAS ESTRUCTURADAS DE SUICIDIO Y GESTO DE AUTOLISIS " ANOCHE MIENTRAS ME ENCONTRABA EN EL VIADUCTO, TENIA LA INTENCION DE LANZARME, PERO ENTRÓ LA LLAMADA DE UN AMIGO".  
 NIEGA SX MANIFORME O DE PSICOSIS.

ANTECEDENTES BIOPSIOSOCIAL REFEIRE HACE 9 MESES RUPTURA SENTIMENTAL CON SU PAREJA, DESDE HACE 2 MESES SEPARACION DE SU HIJO.

ANTECEDENTE FAMILIARES: "ABUELO ALCOHOLISMO, PADRE DEPRESIVO.

#### ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: TAQUICARDIA PAROXISTICA, ANSIEDAD (4 AÑOS), DEPRESION(4 AÑOS)

FARMACOLOGICOS: NIEGA

QUIRURGICOS: CESÁREA (HACE 4 AÑOS)

GINECOLOGICOS GIPV1

TOXICOS: FUMADORA OCASIONAL 1 CIGARRILLO. CONSUME ALCOHOL, ALCANZA EMBRIAGUEZ CON 1 CERVEZA, CONSUMIDORA DE CAFÉ MOLIDO SECO.

Plan de manejo: PACIENTE DE 20 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD PSIQUIATRICA DIAGNOSTICADA, QUIEN COMENTA CC DE VARIOS AÑOS DE SX AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVO, CON AGUDIZACION DE LOS SINTOMAS EN LA ULTIMA SEMANA, QUIEN PRESENTA EL DIA DE AYER IDEAS Y GESTO DE AUTOAGRESION, EN EL MOMENTO PRESENTA MARCADA INESTABILIDAD EMOCIONAL, RIESGO DE AUTOLISIS, QUE REQUIEREN MANEJO HX EN UMS PSIQUIATRIA INFORMAN DURANTE EL ULTIMO MES TERMINACION DE RLN DE PAREJA, ESTRESORES A NIVEL FAMILIAR, NO CUENTA EN EL MOMENTO CON RED DE APOYO A NIVEL FAMILIAR EN LA CIUDAD. SE REALIZA INTERVENCION DE APOYO, SE INFORMA CONDICION CLINICA A PTE, NECESIDAD DE UN FAMILIAR QUE GARANTIZE

ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS, SE PARACLIÑICOS PARA DESCARTAR SINTOMATO ORGANICO E INICIO DE MANEJO PSICOFARMACOLOGICO

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

Fecha: 2018/09/28 Hora: 17:08

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

CC ☐

Código 1500100387

Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono 8 7405030

Indicativo

Número

Departamento:

BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

001

**DATOS DEL PACIENTE**

ALARCON

PINTO

ANGIE

PILAR

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

☐ Registro Civil

☐ Tarjeta de Identidad

☒ Cédula de Ciudadanía

☐ Cédula de Extranjería

☐ Pasaporte

☐ Adulto sin Identificación

☐ Menor sin Identificación

1052411394

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1997-10-27

Dirección de la Residencia Habitual:

CALLE 17 BIS N 35 A 25

Teléfono: 3193909146

Departamento: BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: FAMISANAR SAS EPS-S

Código: EPSS17

ACOMPANAMIENTO LAS 24 HORAS, SS PARACLINICOS PARA DESCARTAR SUSTRATO ORGANICO E INICIO DE MANEJO PSICOFARMACOLOGICO

IDX

DISTIMIA +EPISODIO DEPRESIVO MAYOR MODERADO-RIEGO DE AUTOAGRESION

ESTRESORES DE PAREJA, FAMILIARES

- P/ EVALUAR RED DE APOYO A NIVEL FAMILIAR

**Diagnóstico:**

F329 EPISODIO DEPRESIVO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

F321 EPISODIO DEPRESIVO MODERADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal

Z638 OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

F341 DISTIMIA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

**Motivos de remisión:**

REFERENCIA

REMISION A USM PSIQUIATRIA

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

Firma:

Registro: 962-03