

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

27 6 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

27/06/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: CARLOS ANDRES MUNOZ HERNANDEZ

Sexo : Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: VDA STA TERESA

T.D. CC Nro. Identificación: 1055314477

Zona: Urbano Rural ☒ Teléfono: 3214993545

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: DUITAMA

Seguridad Social en Salud: Contributivo

E.P.S.: NUEVA EPS-S -- Hospitalizado Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Nivel 1 A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General ☒ Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO 23 AÑOS DE EDAD. ANTECEDENTE DE CONSUMO DE SPA DESDE LOS 15 AÑOS. PACIENTE CON SÍNTOMAS PSICÓTICOS CONDUCTAS INAPROPIADAS AISLAMIENTO DESCUIDO EN SU HIGIENE PERSONAL NULA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA. CONTINÚA CONSUMO ACTIVO DE THC. ALTAMENTE AGRESIVO CON LA MADRE Y EL HERMANO DE 5 AÑOS A QUIEN HA GOLPEADO. HOY AQUÍ Y AHORA NIEGA ENFÁTICAMENTE IDEAS DE MUERTE O SUICIDIO AUNQUE ESTO ES IMPOSIBLE DE PREDECIR BAJO NINGUNA CIRCUNSTANCIA. SE INICIA TTO CLOZAPINA TAB 25 MG 1-0-2. SE INICIA TRÁMITE DE REMISIÓN A USM.

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

F200

Dx Rel 1: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS

F192

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐
☐
☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐
☒

3. Falta de Equipo(s)

☐
☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

5. Requiere otro nivel de atención

6. Voluntario

7. Otro

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmación

27 6 2018

Fecha Salida del Paciente

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☒

Hospitalización

☐

Otro

EVOLUCION

Fecha:

Plan de Tratamiento



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable