

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

84661



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/09/23 Hora: 16:15

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

QUINTERO	HUERTAS	BLANCA	INES
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		23360138	
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
Dirección de la Residencia Habitual:		VDA CRUZ BLANCA SORACA	
Departamento:		15	Municipio: SORACA
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	
		Código:	EPSS37
		Teléfono:	3107565621
			15764

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		Número Documento Identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
Dirección de la Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR	Teléfono:	
		Indicativo	Número
Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA	Teléfono Celular	
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL		

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

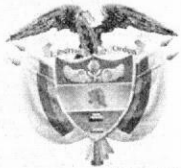
Anamnesis:
 PACIENTE CON PATOLOGIA ANSIOSO DEPRESIVO EN TRATAMIENTO POR PSIQUIATRIA CON FLUOXETINA, CARBAMAZEPINA, RISPERIDONA, PERO DESDE HACE 8 DIAS SE HA AGUDIZADO SU CUADRO LO RELACIONA CON PROBLEMAS FAMILIAIRES POR LA AUSENCIA DE HIJO EL CUAL SE ENCUENTRA EN EL EJERCITO, PACIENTE LABIL EMOCIONALMENTE, LLANTO FACIL POR LO CUAL DECIDE CONSULTAR A ESTE CENTRO. ANTECEDENTES DE CA CERVIX QUIMIO Y RADIOTERAPIA, FX CODO DERECHO, HERNIORRAFIA INGUINAL DERECHA, NO ALERGIAS MEDICAMENTOSAS

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



Fecha: 2018/09/23 Hora: 16:15

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

QUINTERO

HUERTAS

BLANCA

INES

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

23360138

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1974-03-04

Dirección de la Residencia Habitual: VDA CRUZ BLANCA SORACA

Teléfono: 3107565621

Departamento: BOYACA

15

Municipio: SORACA

15764

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S

Código: EPSS37

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 23/09/2018 14:07

Subjetivo, objetivo y análisis: NOTA RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA

NATURAL: SORACA

PROCEDENTE: TUNJA

OCUPACION: AMA DE CASA - AGRICULTORA

ESCOLARIDAD: SEGUNDO DE PRIMARIA

ESTADO CIVIL: SEPARADA

INFORMANTE

PACIENTE YA CONOCIDA POR EL SERVICIO, ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR TIPO II Y TX MIXTO DEPRESIVO Y ANSIOSO, ULTIMA HOSPITALIZACION 25/04/2018 POR EXACERBACION DE TAB EPISODIO DEPRESIVO, SE DIO EGRESO POR RETIRO VOLUNTARIO FIRMADO POR EL FAMILIAR EDNA MILENA TAFUR TRUJILLO CON CARBAMAZEPINA, FLUOXETINA, RISPERIDONA Y LORAZEPAM.

HOY NUEVAMENTE RECONSULTA POR CUADRO CLÍNICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION POSTERIOR A LLAMADA DE SU HIJO QUIEN TRABAJA EN EL EJERCITO (MELGAR) DESDE HACE 3 AÑOS, EN ESTA LLAMADA EL HIJO LE MANIFIESTA QUE LE LLAMARÁ EN 3 MESES DADO QUE ENTRARÁ EN CURSO DE CAPACITACION "EN EL MONTE", POSTERIORMENTE A ESTA LLAMADA ANOTA HA TENIDO SENSACION DE PREOCUPACION CONSTANTE, CEFALEA, LUMBALGIA, SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, LLANTO FACIL DESDE HACE 3 DIAS, ALTERACION EN EL PATRON DEL SUEÑO: INSOMNIO DE CONCILIACION Y MANTENIMIENTO CON NECESIDAD DE LEVANTARSE, CAMINAR Y VOLVER A ACOSTARSE, DIAFORESIS, ANOREXIA, MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

PACIENTE QUIEN CUENTA CON MAL APEGO A LOS MANEJOS INDICADOS, HA SOLICITADO RETIRO VOLUNTARIO EN OTRAS OCASIONES, POR LO QUE SE REFUERZA PSICOEDUCACION HACIENDO ENFASIS EN LA NECESIDAD DE MANTENER BUEN APEGO AL TRATAMIENTO.

**ANTECEDENTES:

-PATOLOGICOS: CARCINOMA ESCAMO-CELULAR DE CERVIX POBREMENTE DIFERENCIADO DIAGNOSTICADO HACE 6 MESES, QUE FUE MANEJADO CON QUIMIOTERAPIA CADA 8 DIAS (40 SESIONES) Y RADIOTERAPIA (10)

-FARMACOLOGICOS: CARBAMAZEPINA 200 MG TABLETA: 200 MG, ORAL, CADA 6 HORAS, FLUOXETINA 20 MG (COMO BASE) TABLETA: 20 MG, ORAL, AM PM; LORAZEPAM 1 MG TABLETA: 1 MG, ORAL, CADA 12 HORAS, RISPERIDONA 1 MG TABLETA RECUBIERTA: 0.5 MG, ORAL, NOCHE

-QUIRURGICOS: HERNIA HIPOGASTRICA IZQUIERDA HACE 9 AÑOS, REDUCCION ABIERTA EN BRAZO DERECHO HACE 18 AÑOS.

-TOXICOS: NIEGA

-ALERGICA: NIEGA

-PSICOSOCIALES: VIVE CON HIJA (NUBIA) EN CASA PROPIA

-PSIQUIATRICOS FAMILIARES: NIEGA

-PSIQUIATRICOS PERSONALES: TTNO BIPOLAR DIAGNOSTICADO HACE 19 AÑOS.

Plan de manejo: PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL CRONICA, DADA POR LA PRESENCIA DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO ACTUAL DEPRESIVO MODERADO, CON SINTOMAS ANSIOSOS, RELACIONADO A MAL APEGO AL TRATAMIENTO Y CONDICION ACTUAL DE SU HIJO QUIEN LABORA EN EL EJERCITO, ACUDE POR CUADRO DE UNA SEMANA DE EVOLUCION, DE SINTOMAS AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVO, SIN QUE SE RELACIONE CON IDEACION SUICIDA O CONDUCTAS DE RIESGO, SIN EMBARGO, POR LA INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS ANSIOSOS, SE CONSIDERA AMERITA MANEJO INTRAHOSPITALARIO. PACIENTE CUENTA CON ANTECEDENTE DE MAL APEGO AL TRATAMIENTO, SOLICITANDO RETIRO VOLUNTARIO EN OTRAS OCASIONES, POR LO QUE SE BRINDA AMPLIA PSICOEDUCACION, SE HACE ENFASIS EN LA

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/09/23 Hora: 16:15

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

QUINTERO		HUERTAS		BLANCA		INES	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		23360138	
<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: 1974-03-04	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			VDA CRUZ BLANCA SORACA				Teléfono: 3107565621
Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	SORACA		15764
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37	

SOLICITANDO RETIRO VOLUNTARIO EN OTRAS OCASIONES, POR LO QUE SE BRINDA AMPLIA EDUCACIÓN, SE HACE ENFASIS EN LA NECESIDAD DE ACATAR LAS INDICACIONES Y MANTENER BUEN APEGO AL TRATAMIENTO. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE INGRESO Y SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM. SE EXPLICA LA NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS.

Diagnóstico:

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Estado: Confirmado Repetido Tipo: Descartado
C531 TUMOR MALIGNO DE EXOCERVIX Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
F313 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR - EPISODIO DEPRESIVO PRESENTE LEVE O MODERADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal
F411 TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:

REFERENCIA
REMISION A USM DE MANERA PRIORITARIA YA QUE NO SOMOS UNA INSTITUCION APTA PARA DAR MANEJO INTEGRAL A LA PACIENTE.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

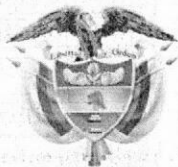
M⁹ Alejandra Andrade S.

Firma:

Registro: 151735

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/09/23 Hora: 16:15

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

QUINTERO	HUERTAS	BLANCA	INES												
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>23360138</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> <td>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>Fecha de Nacimiento: 1974-03-04</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	23360138	<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: 1974-03-04	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	23360138													
<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: 1974-03-04													
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería															
Dirección de la Residencia Habitual:		VDA CRUZ BLANCA SORACA	Teléfono: 3107565621												
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: SORACA 15764												
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S	Código: EPSS37												

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, ENCUENTRO PACIENTE SOLA EN MINIMOS, LLORANDO, ATIENDE AL LLAMADO. PORTE Y ACTITUD COLABORADORA Y ACEPTABLE. ACTITUD MOTORA: HIPERBULICA, NO PUEDE PERMANECER SENTADA, CAMINA, SE SIENTA, LLORA Y REPITE EL CICLO. LENGUAJE EULALICO. AFECTO TRISTE CON LLANTO FACIL, COMENTA: "ME SIENTO CON MIEDO", PENSAMIENTOS IDEAS DE DESESPERANZA, PREOCUPACION CONSTANTE POR EL FUTURO DE SU HIJO. NIEGA ALUCINACIONES VISUALES O AUDITIVAS. INTROSPECCION POBRE JUICIO DEBILITADO.