

**900959051**

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A**

No de Planilla

No de Solicitud

285937

Fecha de radicación de la Referencia

24/09/2018 16:37:16

Hora de radicación de la Referencia

4:37:16 p.m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	170
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>
			2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>
			3. Urgente <input type="checkbox"/>
			4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

Nombre Paciente:	LUISA MARIA LEAL CASTRO	Identificación:	1000293441	1000293441	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento :	10/04/2003 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	15 Años \ 5 Meses \ 14 Días	AREA DE SERVICIO	3BLU02	INGRESO
Dirección:	CARRERA 24 C # 14	Teléfono:	3016473575	Localidad	LOC. SAN CRISTOBAL	
CC Cedula de Ciudadania	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar		

**PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)**

Responsable:	BLADIMIR AVILA	Teléfono Resp:	3162773954
Dirección Resp:	CARRERA 24 C # 14		

**AFILIACION SGSSS**

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC056 - NUEVA EPS-C	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

**SOLICITUD DE REFERENCIA**

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
OTROS TRASTORNOS AFECTIVOS BIPOLARES	F318

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA	38271	3BL - UMHE SAN BLAS	2	F	B	0	2				
unidad de salud mental											

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

**RESUMEN HISTORIA CLÍNICA**

Anamnesis	"ME CORTE Y TOME CLOROX"					
Examen Físico:	PACIENTE QUIEN ES TRAIDA EN AMBULANCIA MEDICALIZADA PROCEDENTE DE ICBF, POR EPISODIO A LAS 07+00 EL DIA DE HOY DE INGESTA VOLUNTARIA DE APROXIMADAMENTE MENOS DE 50 ML DE (SANPIC) CON POSTERIOR MAREO NAUSEAS Y UNICA DEPOSICION LIQUIDA, Y MULTIPLES LACERACIONES EN ANTEBRAZO IZQUIERDO, HEMICARA DERECHA Y MUSLO IZQUIERDO CON HOJA DE SACAPUNTAS, EN COMPAÑIA DE COMPAÑERAS DEL MISMO INSTITUTO, PORQUE SE SENTIA ABURRIDA.  ESCORIACION LINEAL EN RAMA DE MANDIBULA DE APROXIMADAMENTE 7 CENTIMETROS DE LONGITUD Y MULTIPLES DE HASTA 3 CENTIMETROS EN ANTEBRAZO IZQUIERDO. PORTE ACORDE A CONTEXTO, ALERTA, ORIENTADA GLOBALEMENTE, COMPLACIENTE, HIPOPROSEXICA, PENSAMIENTO SIN ALTERACION EN CURSO, IDEAS DE SUICIDIO SIN PLANEACIONESTRUCTURADA, NO DELIRIOS, IDEAS FIJAS POR MALESTAR EMOCIONAL, NO ACTITUD ACLUCINATORIA, AFECTO MAL MODULADO DISFORICO, INTROSPECCION PRECARIA, PROSPECCION LIMITADA, JUICIO DEBIL, INQUIETUD MOTORA.					
Signos Vitales	TA: 121/57	FC: 74 x Min	FR: 19 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 1,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	PENDIENTES					

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	ADOLESCENTE AMPLIAMENTE CONOCIDA EN LA INSTITUCION CON TRASTORNO DE PERSONALIDAD LIMITE EN QUIEN DADA MARCADA IMPULSIVIDAD Y DISFORIA COMO RASGO ASI COMO MALESTAR EMOCIONAL Y CONDUCTAS DISRUPTIVAS POBREMENTE MODULADAS PESE A USO DE PSICOFARMACOS SE INDICA MANEJO INTRAMURAL PARA AJUSTE FARMACOLOGICO EN PRO DE MITIGAR RIESGO DE AUTO Y HETEROAGRESION. SE EXPLICA A PACIENTE Y ACOMPAÑANTE.
-------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**MOTIVO REFERENCIA**

1. Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7. Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐  
 2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐  
 11. Otro: ☐ Falta\_Cama\_IPS\_Remite

**DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)**

FECHA    DIA    MES \_\_\_\_ AÑO \_\_\_\_    Hora Militar:    Funcionario de Contacto    Cargo: \_\_\_\_\_ Punto de destino final: \_\_\_\_\_



Firma:

**Datos del Profesional que Realiza la Referencia**

**Medico**    VILLALBA CUADRADO MARIA PAULA

**Registro**    1013605045