

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Subsidiado

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

10 12 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso: Cama.

09/12/2018

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación: 157590079801

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: JOSE LEONARDO BECERRA CUEVAS

Sexo: Masculino

Edad: Días: Meses: Años: 28 Dirección Residencia: CALLE 43 N 10 95

T.D. CC Nro. Identificación: 1057585046

Zona: Urbano X Rural

Teléfono: 3115230392

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

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: SOGAMOSO

T.I. Tarjeta de Identidad

A.S.I. Adulto Sin Identificación

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 X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO DE 28 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MULTIPLES SPA DESDE LOS 15 AÑOS. HAY SINTOMAS PSICOTICOS ALTA AGRESIVIDAD HACIA FAMILIARES A QUIENES AMENAZA DE MUERTE. NO TRABAJA NO ESTUDIA. INGRESO A UN PROGRAMA DE REHABILITACION EN BOGOTA DE DONDE SE FUGO. NO DESEA REALIZAR PROGRAMA DE REHABILITACION. TIENE NULA ADHERENCIA FARMACOLOGICA. SE INICIA TTO CON RISPERIDONA TAB 2 MG 0-0-1 Y LEVOMEPRIMAZINA GOTAS 20-20-20. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE AUTO HETEROAGRESIÓN Y AGITACIÓN, REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM. SE EXPLICA CLARAMENTE A PACIENTE EL PLAN DE MANEJO QUIENES REFIEREN ACEPTAR Y ENTENDER

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

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

F190

Dx Rel 1:

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 Confirmacion

10 12 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 JEANNINNE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable