

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

727793



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2019/01/30 Hora: 15:52

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

ABRIL

CORREDOR

RODRIGO

NO TIENE

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

4172640

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1958-08-10

Dirección de la Residencia Habitual:

VDA TABLON

Teléfono:

Departamento: BOYACA

15

Municipio:

TOGUI

15816

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: SANITAS EPS-C

Código: EPS005

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
☐ Tarjeta de Identidad
☐ Cédula de Ciudadanía
☐ Cédula de Extranjería

- ☐ Pasaporte
☐ Adulto sin Identificación
☐ Menor sin Identificación

Número Documento Identificación

Dirección de la Residencia Habitual:

Teléfono:

Departamento:

Municipio:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre JENNY CAROLINA RIVERA CASTELLA

Teléfono:

Indicativo

Número

Extensión

Servicio que solicita la referencia Hospitalización MEDICO GENERAL

Teléfono Celular

Servicio para el cual se solicita la referencia Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE CON CUADRO DE FIBROMIALGIA QUIEN REFIERE CUADRO DE EXACERBACION DE DOLOR GENERALIZADO QUE NO SE DEBE PESER LA TTO CON PREGABALINA, TRAZODONA, Y OTROS ANALGESICO, ANTE EL CUADRO DE MALESTARA CONSULTA.

Examen Físico:

PACIENTE ALERTA COLABORADOR, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL ESPONTANEO, PENSAMIENTO SIN ALTERACION EN EL CURSO CON IDEAS DE MINUSVALIA, DESESPERANZA, IDEAS DE MUERTE ACTIVAS, "ME SIENTO ABURRIDO DE VIVIR CON DOLOR", NO IDEAS DE SUICIDIO ACTIVAS, NO DELIRANTE, AFECTO DE FONDO TRISTE CON LABILIDAD EMOCIONAL, S/P SIN ALTERACIONES, JUICIO SUSPENDIDO, POBRE CRITICA, INTROSPECCION PRECARIA, PROSPECCION INCIERTA, NO SX DE PSICOSIS

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2019/01/30 Hora: 15:52

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

ABRIL		CORREDOR		RODRIGO		NO TIENE	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				4172640			
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 1958-08-10	
X	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
Dirección de la Residencia Habitual:			VDA TABLON			Teléfono:	
Departamento:			BOYACA	15	Municipio:	TOGUI	15816
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:				SANITAS EPS-C		Código: EPS005	

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 30/01/2019 15:50

Subjetivo, objetivo y análisis: PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS QUIEN REQUIERE MANEJO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL POR LO CUAL SE INICIAN TRAMITES DE REMISION.

Diagnóstico:

M797 FIBROMIALGIA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal
F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
R521 DOLOR CRONICO INTRATABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
M511 TRASTORNO DE DISCO LUMBAR Y OTROS - CON RADICULOPATIA Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: DIPIRONA magneSICA 2 GR/5 ML SOLUCION INYECTABLE
sodio CLORuro 0.9% SOLUCION INYECTABLE 500 ML
tramaDOL CLORHIDRATO 100 MG/2ML SOLUCION INYECTABLE
DEXAMetasona (FOSFATO) 4 MG/ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
DICLOFENaco soDICO 75 MG/3 ML SOLUCION INYECTABLE
SERTRALINA 50 MG TABLETA
LORazepam 2 MG TABLETA
AMLODipino 5 MG TABLETA
TRAmadol CLORHIDRATO 50 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
acetaMINOFEN 500 MG TABLETA
LORazepam 2 MG TABLETA
LOSartan 50 MG TABLETA RECUBIERTA
PREGABALina 75 MG CAPSULA

Procedimientos Realizados:

Código CUPS: 931001 Descripción: TERAPIA FISICA INTEGRAL Cantidad: 2
Código CUPS: 931001 Descripción: TERAPIA FISICA INTEGRAL Cantidad: 2

Motivos de remisión:

REFERENCIA
PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS QUIEN REQUIERE MANEJO EN UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL POR LO CUAL SE INICIAN TRAMITES DE REMISION.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 15377/2015