

No de Solicitud

218003

No de Planilla

Fecha de radicacion de la Referencia

17/08/2018 21:30:32

Hora de radicacion de la Referencia

9:30:32 p. m.

Tipo Usuario

Ambulatorio

Tipo Remisión

1

1. Ambulatorio

☐

2. En Urgencias

☐

3. Hospitalización

☐

1. Electiva

☐

2. Electiva Prioritaria

☐

3. Urgente

☐

4. Hospitalización

☐

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:

ANA ELVA GARCIA AGUILAR

Identificación:

52878941

Sexo:

Femenino

Fecha Nacimiento :

06/07/1983 12:00:00 a. m.

Edad Actual:

35 Años \ 1 Meses \ 12 Días

AREA DE SERVICIO

B01C2

INGRESO

1265402

Dirección:

TRIAGE 1

Teléfono:

TRIAGE 1

Localidad

FONTIBON

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:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:

Contributivo

Nivel SocioEconómico:

0

SISBEN Nivel SocioEconómico:

0

Ficha SISBEN:

Tipo de Población Especial:

Entidad Administradora

007001 - CON E.P.S. FAMISANAR LTDA.

I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO

IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERCONSULTA POR MEDICINA ESPECIALIZADA - PSQUIATRIA N2

890402PSQ

C61 - KR 99 No 16 I - 41 CAMI II - FONTIBON  
TEL 4220876 4183587

2

F

B

0

2

Paciente con intento de suicidio por ingesta autoinflingida de 15 tabletas de 15 mg de aripipazol, se inician trámites de remisión para valoración por Psiquiatría y traslado a unidad de salud mental. Gracias.

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

☐ I NIVEL:

☐ II NIVEL:

☐ III NIVEL:

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE SEDANTES O HIPNOTICOS: INTOXICACION AGUDA

F130

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

TRIAGE I NOTA RETROSPECTIVA: VISTO Y EVALUADO SIENDO LAS 21:00  
MOTIVO DE CONSULTA: "Me tomé 15 tabletas de mi medicamento"  
ENFERMEDAD ACTUAL: Paciente de 35 años de edad quien es trapida por familiar por presentar cuadro clinico de aproximadamente 1 hora de evolucion consistente en ingesta aunbtoinflingida de 15 tabletas de 15 mg de Aripripazol , comn posterior aparición de somnolencia, por lo que se traslada de manera inmediata a sala de reanimación donde se toman signos vitales con Tensión arterial de 115/72 mmHg. FC: 92 lpm.- FR: 12 rpm. T°: 36.3°C

Paciente en aceptables condiciones generales, somnolienta alertable., afebril, hidratada.

Examen Físico:

Paciente con pobre calidad de la información lo único que refiere es antecedente de esquizofrenia en manejo con este medicamento y con sertralina 50 mg via oral día. Refiere problema familiar, por la cual decide realizar ingeta autoinflingida mencionada.

Signos Vitales

TA: 125/70 | FC: 92 x Min | FR: 18 x Min | GlasGow: 15 TC: 36,3000 | Peso: 70,0000

Resultados Exámenes Diagnósticos:

Ginecobstétricos:

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

☐ Actividad Uterina ☐ Actividad Uterina Regular ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membranas

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

Paciente con intento de suicidio por ingesta autoinflingida de 15 tabletas de 15 mg de aripipazol, se inician trámites de remisión para valoración por Psiquiatría y traslado a unidad de salud mental. Gracias.

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:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia Medico

BELTRAN PLAZA JULIAN ALFREDO

Firma:

MEDICINA GENERAL

Registro

1032376489

