



# SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ENTIDAD REMITENTE

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

ENTIDAD DESTINO

<OTRO>



Nro Solicitud	*Fecha de Referencia	Fecha reporte encuesta prioritaria
87835	15/02/2019 10:48:48 p.m.	Día Mes Año
	** No. Verificación	

Tipo de usuario	Tipo de atención
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input checked="" type="checkbox"/> 3. Hospitalizado <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgente <input checked="" type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

Identificación del paciente	
Primer nombre	Segundo nombre
OMAIRA	HELENA
Primer apellido	Segundo apellido
RODRIGUEZ	MANTILLA
Edad: Años 64 Meses 6 Días 23	Dirección residencia
	VEREDA SANTA INES
T.D. C.C No. identificación	Sexo
52532040	<input checked="" type="checkbox"/> F
CC Cédula de ciudadanía	RC Registro civil
TI Tarjeta identidad	PA Pasaporte
MSI Menor identificación	ASI Adulto identificación
Localidad	Teléfono
ESPINAL	3152091022

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)	
Nombre y apellido	Dirección residencia
OMAIRA HELENA RODRIGUEZ M	
	Teléfono 3152091022

Afilación SGSSS	
Subsidiado <input type="checkbox"/>	Clasif. Socioec. <input type="checkbox"/>
Contributivo <input checked="" type="checkbox"/>	Particular <input type="checkbox"/>
Entidad Administradora: NUEVA EPS SA	No. Ficha
	Otro régimen:
Nivel SISBEN	Población Especial
1 2 3 4 5-6	<input type="checkbox"/> O
	I. Indígena S. IVA Social M. Menor en protección
	G. Indigente D. Desplazado O. Otros

Solicitud de referencia	
Fecha: Día 15 Mes 2 Año 2019 Hora: 22:43	Edad gestacional
	AM PM

Nombre del procedimiento solicitado		Identificación de Instituciones			
Código del Servicio Solicitado		Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1					

ANAMNESIS: INTENTO DE SUICIDIO  
PACIENTE DE 64 AÑOS DE EDAD QUIEN HACE 1 HORA PRESENTA CONSUMO DE VENENO NO DEFINIDO (INSECTICIDA),  
REFIERE PAREJA CON QUIEN VIVE QUE SE ENCONTRABAN BEBIENDO LICOR, CONSUMO DE TODO UN FRASCO DE  
VENENO.  
(PACIENTE PREVIAMENTE HABIENTE DE CALLE, CONSUMIDORA DE BAZUCO). INGRESA CON OLOR CLARO EN BOCA Y  
ROPA DEL VENENO.  
EXAMEN FISICO: PACIENTE EN ACEPTABLES, CONDICIONES GENEALES, ALERTA, AFEBRIL, HIDRATADO. SIN SIGNOS DE  
DIFICULTAD PARA RESPIRAR.  
MUCOSA ORAL HUMEDA, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS, NO ADENOPATIAS.  
RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RSRS SIN AGREGADOS, MURMULLO ADECUADO  
ABDOMEN RSIS NORMALES, BLANDO, DEPRIME, NO, DOLOR A LA PALPACION, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION  
PERITONEAL.  
EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES.  
NEUROLOGICO ALERTA, ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, FUERZA 5/5, SENSIBILIDAD CONSERVADA GENERAL, NO  
FOCALIZACION, NO SIGNOS MENINGEOS.  
SIGNOS VITALES:  
-pulsos - 86 x/min  
-f.c - 38 x/min  
-p.a.s - 115 mmHg  
-f.r - 18 x/min  
-temperatura - 36.8 °C  
-talla - . Cms  
-peso - . Kgr  
-p.a.d - 50 mmHg

RESUMEN: INTENTO DE SUICIDIO  
ANTECEDENTES DE USO DE SUSTANCIA PSICOACTIVA  
ESQUIZOFRENIA ??  
SS/ INTERNACION AREA DE SALUD MENTAL.  
EXAMENES DE LABORATORIO:

Nombre del diagnóstico		Código diagnóstico			
1	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	E	2	0	9
2	ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A PLAGUICIDAS: LUGAR NO ESPECIFICADO	X	6	8	9

TRATAMIENTO/ COMPLICACIONES: PACIENTE DE 64 AÑOS DE EDAD QUIEN HACE 1 HORA PRESENTA CONSUMO DE  
VENENO NO DEFINIDO (INSECTICIDA), REFIERE PAREJA CON QUIEN VIVE QUE SE ENCONTRABAN BEBIENDO LICOR,  
CONSUMO DE TODO UN FRASCO DE VENENO.  
(PACIENTE PREVIAMENTE HABIENTE DE CALLE, CONSUMIDORA DE BAZUCO). INGRESA CON OLOR CLARO EN BOCA Y

\*

PAREJA ARGUMENTA HA PRESENTA ALTERACIONES DEL PENSAMIENTO HACE 2 SEMANAS, CON IDEAS DELIRANTES, CON PROSPECCION E INTROSPECCION ALTERADA.

SE CONSIDERA PACIENTE CON INTENTO DE SUICIDIO, CARACTERISTICAS DE ESQUIZOFRENIA, ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.

PLAN.

MONITORIZACION

SSN BOLO 2000CC CONTINUAR A 100CC HORA

LAVADO GASTRICO CON 500CC SSN.

CARBON ACTIVADO 70GR LENTO POR SONDA NASOGASTRICA

RANITIDINA 50MG CADA 8 HORAS IV

METOCLOPRAMIDA 10MG IV AHORA

PILOTIAZINA 25MG IM AHORA

HALOPERIDOL 5MG CADA 8 HORAS IV

BIPERIDINA 2MG CADA 8 HORAS ORAL

SS/ HOMOGRAMA, AZOADOS, ELECTROLITOS, TRANSAMINASAS.

SS/ REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL,

SS/ TRABAJO SOCIAL, PSICOLOGIA

SS/ VALORACION POR MEDICINA INTERNA (SOLICITUD DE AREA DE REMISION).

Motivo Referencia:

1. Servicio no ofertado

☒

3. Falta de insumos

☐

5. Falta de camas

☐

7. Emergencia sanitaria

☐

2. Ausencia del profesional

☐

4. Falla en equipos

☐

6. Cese de actividades

☐

8. Otro cuál

Datos del profesional que referencia

Nombre Anderson David Peña Mendez

Firma

☐

Médico / Odontólogo General

☐

Médico / Odontólogo Especialista

Registro 1030554801

\*\*Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

\* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

\*\* Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento