

## ANEXO TECNICO No. 9

### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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



Consecutivo interno: 26377

Fecha de realizacion de la Referencia:

miércoles, 26 de septiembre de 2018  
10:04 a. m.

#### INFORMACION DEL PRESTADOR

**Nombre:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA **NIT:** 890.680.025 - 1  
**Codigo:** 252.900.003.601 **Direccion del prestador:** Trans. 12 No. 22 -51 Barr San Mateo **Telefono:** 873 - 3000  
**Departamento:** Cundinamarca **Municipio:** Fusagasuga **Número de Ingreso a la institución:** 1664718 **Fecha de ingreso** 24/09/2018

#### DATOS DEL PACIENTE

| ORTIZ                    | COLPAS               | NICOL                        | ALEJANDRA                                |
|--------------------------|----------------------|------------------------------|--|
| 1ER APELLIDO             | 2DO APELLIDO         | 1ER NOMBRE                   | 2DO NOMBRE                               |
| Tipo de Documento:       | Tarjeta de Identidad | No. Documento de Identidad:  | 1003519032                               |
| Fecha de nacimiento:     | 2003-07-05           | Edad en Años                 | 15                                       |
| Telefono:                | 3103395535           | Departamento:                | CUNDINAMARCA                             |
| Municipio:               | FUSAGASUGA           | Entidad responsable de pago: | ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS |
| Direccion de Residencia: | CLL 4 11-33          | Regimen                      | Contributivo                             |
| Nivel SocioEconómico:    | 0                    | SISBEN Nivel SocioEconómico: | 0  |
| Ficha SISBEN:            |                      | Tipo Evento:                 |  |

#### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

| .                  | .                 | .                           | .            |
|--------------------|-------------------|-----------------------------|--------------|
| 1ER APELLIDO       | 2DO APELLIDO      | 1ER NOMBRE                  | 2DO NOMBRE   |
| Tipo de Documento: | Cédula Ciudadanía | No. Documento de Identidad: | .            |
| Telefono:          | .                 | Departamento:               | CUNDINAMARCA |
| Municipio:         | FUSAGASUGA        | Direccion de residencia:    | .            |

#### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

|  |                                  |                   |  |           |            |
|--|----------------------------------|-------------------|--|-----------|------------|
| Nombre:  | NAZATE MOGOLLON CARLOS GABRIEL   | Telefono celular: |  | Telefono: | 873 - 3000 |
| Servicio que solicita el servicio:               | Urgencias UNIDAD DE SALUD MENTAL |                   |  |           |            |
| Servicio para el cual se solicita la referencia: | Urgencias UNIDAD DE SALUD MENTAL |                   |  |           |            |

#### INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fecha y resultado de exámenes, auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar el profesional tratante de firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional. RECUERDE DILIGENCIAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE AMBULANCIA.

**Motivo Consulta:** SE TOMO 20 ASPIRINAS

**Enfermedad Actual:** PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD QUE REFIERE QUE SE TOMO 20 PASTAS DE MEDICAMENTOS QUE HABIA EN LA CASA, NO SABE EL NOMBRE. MANIFIESTA ESTAR TRISTE EN LA CASA. SE INICIA MANEJO CON SSN MAS LAVADO GASTRICO MAS CARBONA ACTIVADO MAS RANITIDINA Y SS EXAMENES DE EXTENSION. INGRESA CONCIENTE ALERTA CON LLANTO, ANSIEDAD CON FC DE 100 FR DE 22 TA DE 117/64. PRIMER EPISODIO

**Antecedentes:** Fecha: 22/02/2016, Tipo: Otros  
PATOLÓGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE.  
QUIRÚRGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE.  
TOXICO ALÉRGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE.  
FISIOLÓGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE.  
TRAUMÁTICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE TRAUMAS EN EL MENOR.  
FARMACOLÓGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE ALERGIA A MEDICAMENTOS.

Fecha: 24/09/2018, Tipo: Otros  
PATOLÓGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE.  
QUIRÚRGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE.  
TOXICO ALÉRGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE.  
FISIOLÓGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE.  
TRAUMÁTICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE TRAUMAS EN EL MENOR.  
FARMACOLÓGICOS: NIEGA EL ACOMPAÑANTE ALERGIA A MEDICAMENTOS.

**Examen Físico:** PACIENTE CON CUADRO CLINICO DADO POR INTOXIUCACION MEDICAMETOSA MAS DEPRESION HOY EN ACEPTABLE ESTADO GENERAL DE SALUD HIDRATADO CONCIENTE ALERTA ACTIVO Y REACTIVO NO SE OBSERVA TOXICO NO SE OBSERVA SEPTICO SE ORDENA OBSERVACION PREVIO CONSENTIMIENTO DEL ACOMPAÑANTE DOY EXPLICACIONES Y DESPEJO DUDAS, MANIFIESTA ENTENDER ACEPTAR Y ESTAR DE ACUERDO.OBSERVACIONNVSNN A 80 CC HRLAVADO GASTRICO CON SSN 1000 CCCARBON ACTIVADO 250 CC / 50 GRAMOS. DEJAR 4 HORAS Y EVACUAR MONITORIZARSS CH GLICEMIA CREATININA BUN SODIO POTASIO CLORO GASES ARTERIALESSONDA VESICALSS IC DE SICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL, CSVACATENTOS A EVOLUCION

**Signos Vitales:** TA: 110/70 | FC: 78 x Min | FR: 20 x Min | GlasGow: 15 / 15 | TC: 36,0000 | Peso: 0,0000

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

**Tiempo Evolución:** 0 min **TV Dilatación:** 0 **Borramiento:** 0 **Estación:** 0 ☐ Cefalico

**Resultados Exámenes**

**Diagnósticos:** Servicio: (19304) Cuadro hemático o hemograma hematocrito y leucograma  
RECuento DE CELULAS BLANCAS CH: 10.48 Valores de Referencia: 4.5-11.0 Unidades: 10<sup>3</sup>/μL  
RECuento DE NEUTROFILOS: 5.4 Valores de Referencia: 2.0-7.8 Unidades:  
RECuento DE LYMFOCITOS CH: 4.3 Valores de Referencia: 0.6-4.1 Unidades:  
RECuento DE MONOCITOS: 0.6 Valores de Referencia: 0.0-0.8 Unidades:  
RECuento DE EOSINOFILOS CH: 0.20 Valores de Referencia: 0-0.6 Unidades:  
RECuento DE BASOFILOS: 0.06 Valores de Referencia: 0-0.2 Unidades:  
PORCENTAJE DE NEUTROFILOS CH: 51.7 Valores de Referencia: 37.0-75.0 Unidades: %  
LYMFOCITOS % CH: 40.7 Valores de Referencia: 10-50 Unidades: %  
MONOCITOS % CH: 5.2 Valores de Referencia: 0-15 Unidades: %  
EOSINOFILOS % CH: 1.90 Valores de Referencia: 0-15 Unidades: %  
BASOFILOS % CH: 0.50 Valores de Referencia: 0-2.0 Unidades: %  
RECuento DE GLOBULOS ROJOS CH: 4.45 Valores de Referencia: 4.5-6.1 Unidades: 10<sup>6</sup>/μL  
HEMOGLOBINA CH: 13.7 Valores de Referencia: 11-18 Unidades: g/dL  
HEMATOCRITO CH: 38.7 Valores de Referencia: 36-54 Unidades: %  
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC): 86.9 Valores de Referencia: 80-100 Unidades: f L  
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH): 30.7 Valores de Referencia: 27-31 Unidades: P g  
CONCENTRACION CORPUSCU. MEDIA DE Hb (MCHC): 35.3 Valores de Referencia: 33-37 Unidades: g/dL  
ANCHO DE DISTRIBUCION DE GLOBULOS ROJOS: 12.6 Valores de Referencia: 10.0-16.5 Unidades: %  
PLAQUETAS CH: 344.0 Valores de Referencia: 150-450 Unidades: 10<sup>3</sup>/μL  
PLAQUETOCRITO: 0.30 Valores de Referencia: 0.10-1.00 Unidades: %  
VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO: 8.8 Valores de Referencia: 5.0-10.0 Unidades: f L  
ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIO PDW: 15.8 Valores de Referencia: 11.5-14.5 Unidades: %

Servicio: (19290) CREATININA EN SUERO, ORINA Y OTROS  
CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS: 0.71 Valores de Referencia: 0.65-1.085 Unidades: mg/dL

Servicio: (19749) NITROGENO UREICO  
NITROGENO UREICO BUN: 8.81 Valores de Referencia: 8.4-21 Unidades: mg/dL

Servicio: (19490) Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)  
GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA: 92 Valores de Referencia: 70-106 Unidades: mg/dL

Servicio: (19891) Sodio  
SODIO ION SELECTIVO: 142.00 Valores de Referencia: 135-145 Unidades: mmol/L

Servicio: (19792) Potasio  
POTASIO ION SELECTIVO: 3.80 Valores de Referencia: 3.5-4.5 Unidades: mmol/L

Servicio: (19224) Cloruro  
CLORO ION SELECTIVO: 109.00 Valores de Referencia: 96-105 Unidades: mmol/L

Servicio: (19482) GASES ARTERIALES (EN REPOSO O EN EJERCICIO)  
TURNO NOCHE

24/09/2018

PACIENTE, MENOR DE EDAD ACOMPAÑADO DE SU FAMILIAR EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS, SIN OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN DECUBITO SUPINO, EN REGULAR ESTADO GENERAL, CONCIENTE, ALERTA, ORIENTADO, AFEBRIL AL TACTO CON GLASGOW 15/15 EN EL MOMENTO SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. SE REALIZA TOMA DE GASES ARTERIALES POSTERIOR A PRUEBA DE ALLEN,,EN ÚNICA PUNCIÓN EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.

LOS CUALES REPORTAN EQUILIBRIO ÁCIDO BASE SIN TRASTORNO DE LA OXIGENACIÓN.

FIO2 21%

PH 7.42  
PACO2 88  
PAO2 30  
HCO3 20  
B.E -2.5  
NA 138  
K 3.6  
CL 111  
SAT 97  
PA/FI 419  
LACT 1.2

**Motivo Remisión:** Falta\_Cama\_IPS\_Remite

**Descripción Motivo:** CUADRO HEAMTICO LEU 10.480 NEU 51.7 LYN 40.7 HB 13.9 PLAQ 314.000 CL 109 NA 142 K 3.8 CREATININA 0.71 BIUN 8.81 GLU 92  
PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE INTENTO SUICIDA POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA POR SALICILATOS, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ABDOMEN BLANDO DEPRIMIBLE NO DOLOROSO NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EN EL INGRESO SE REALIZA PROTOCOLO DE INTOXICACIÓN ADMINISTRACIÓN DE CARBÓN ACTIVADO POR Sonda NASOGÁSTRICA Y LAVADOS GÁSTRICOS, CON PARACETÓLICO SIN INGRESO SIN LEUCOCITOSIS SIN NEUTROFILIA SIN ANEMIA SIN TROMBOCITOPENIA SIN DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO AZÚCAROS NORMALES, VALORADA POR TRABAJO SOCIAL QUIEN REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y REFIERE VALORACIÓN PSICOLÓGICA, PSICOLÓGICA VALORADA PACIENTE QUIEN REFIERE DEBE SER REMITIDA A UNIDAD DE SALUD MENTAL, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA MAS GRAM Y PRUEBA DE EMBARAZO Y SE INICIAN TRÁMITES DE REMISIÓN PARA UNIDAD DE SALUD MENTAL

**Servicio que Remite:** Urgencias **Descripción:** UNIDAD DE SALUD MENTAL

**Servicio Remitido:** Urgencias **Descripción:** UNIDAD DE SALUD MENTAL

**Resumen H.Clinica:** CUADRO HEAMTICO LEU 10.480 NEU 51.7 LYN 40.7 HB 13.9 PLAQ 314.000 CL 109 NA 142 K 3.8 CREATININA 0.71 BIUN 8.81 GLU 92  
PACIENTE FEMENINA DE 14 AÑOS DE EDAD CON DIAGNÓSTICO DE INTENTO SUICIDA POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA POR SALICILATOS, EN EL MOMENTO HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE AFEBRIL HIDRATADA SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ABDOMEN BLANDO DEPRIMIBLE NO DOLOROSO NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL, EN EL INGRESO SE REALIZA PROTOCOLO DE INTOXICACIÓN ADMINISTRACIÓN DE CARBÓN ACTIVADO POR Sonda NASOGÁSTRICA Y LAVADOS GÁSTRICOS, CON PARACETÓLICO SIN INGRESO SIN LEUCOCITOSIS SIN NEUTROFILIA SIN ANEMIA SIN TROMBOCITOPENIA SIN DESEQUILIBRIO ELECTROLÍTICO AZÚCAROS NORMALES, VALORADA POR TRABAJO SOCIAL QUIEN REALIZA ACOMPAÑAMIENTO Y REFIERE VALORACIÓN PSICOLÓGICA, PSICOLÓGICA VALORADA PACIENTE QUIEN REFIERE DEBE SER REMITIDA A UNIDAD DE SALUD MENTAL, SE SOLICITA PARCIAL DE ORINA MAS GRAM Y PRUEBA DE EMBARAZO Y SE INICIAN TRÁMITES DE REMISIÓN PARA UNIDAD DE SALUD MENTAL

**Fecha Confirmación:** **Fecha Salida:**

#### DIAGNÓSTICOS

| CÓDIGO | NOMBRE   |
|--------|--|
| X640   | ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICIÓN A OTRAS DROGAS MEDICAMENTOS Y SUSTANCIAS BIOLÓGICAS, Y L |

#### SERVICIOS

| CÓDIGO | NOMBRE |
|--------|--------|
|--------|--------|

**1020786931 - NAZATE MOGOLLON CARLOS GABRIEL**  
**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**