

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

10 12 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

Fecha de Ingreso: Cama:

07/12/2018

Subsidiado

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: FABIAN RAMIRO BENAVIDES SIERRA

Sexo: Masculino

Edad: Dias: Meses: Años: 25 Dirección Residencia: VDA OMBACHITA

T.D. CC Nro. Identificación: 1019081728

Zona: Urbano Rural X Teléfono: 3143964620

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

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: SOGAMOSO

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 25 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR DIAGNOSTICADA HACE 13 AÑOS. QUIEN DESDE HACE 20 DÍAS PRESENTA CONDUCTAS AGRESIVAS Y DESORDENADAS. DESDE HACE 5 DÍAS CON AUMENTO DE AGRESIVIDAD. VIOLENCIA FÍSICA, COPROLALIA, AUMENTO DE LA LÍBIDO, ALUCINACIONES VISUALES E IDEAS DELIRANTES REFERENCIALES CON PADRASTRO Y MADRE.

SE HABLA CON MADRE QUIEN COMENTA ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL POR PARTE DE PRIMOS A LA EDAD DE 6 AÑOS.

AL EXAMEN SE OBSERVA DE AFECTO PLANO DE FONDO ANSIOSO, PENSAMIENTO DESORDENADO, CONCRETO, IDEAS DELIRANTES REFERENCIALES CON PADRASTRO Y MADRE. CON ALUCINACIONES VISUALES E INTROSPECCIÓN Y PROSPECCIÓN NULAS.

SE CONSIDERA PACIENTE CON ESQUIZOFRENIA VS. TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, ACTUALMENTE EN EPISODIO PSICÓTICO AGUDO, POR LO CUAL SE INICIA MANEJO ANTIPSICÓTICO CON CLOZAPINA 100MG AL DÍA JUNTO A MODULADOR DEL ÁNIMO Y BENZODIACEPINA.

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO

F319

Dx Rel 1: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

F200

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 JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable