

ANEXO TECNICO No. 9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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



Consecutivo interno: 28138 **Fecha de realizacion de la Referencia:** lunes, 04 de febrero de 2019 3:55 p. 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:** 1772623 **Fecha de ingreso:** 01/02/2019

DATOS DEL PACIENTE

CUBILLOS	GOMEZ	JUAN	DAVID
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	2DO NOMBRE
Tipo de Documento:	Tarjeta de Identidad	No. Documento de Identidad:	1069714183
Fecha de nacimiento:	2004-03-26	Edad en Años	14
Telefono:	3204053697	Departamento:	CUNDINAMARCA
Municipio:	FUSAGASUGA	Entidad responsable de pago:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS
Direccion de Residencia:	VDA SAN ANTONIO	Regimen	Contributivo
Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo Evento:	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

QUIROS	.	OMAR	.
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	2DO NOMBRE
Tipo de Documento:	0	No. Documento de Identidad:	.
Telefono:	3208824091	Departamento:	CUNDINAMARCA
Municipio:	FUSAGASUGA	Direccion de residencia:	.

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	MURCIA SANCHEZ HECMAR EDUARDO	Telefono celular:		Telefono:	873 - 3000
Servicio que solicita el servicio:	Urgencias PEDIATRIA				
Servicio para el cual se solicita la referencia:	Urgencias PSIQUIATRIA				

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: AUTOCONSUMO DE HALOPERIDOL EN GOTAS

Enfermedad Actual: PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS Y 10 MESES DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA MADRE EN 3 DIA DE HOSPITALIZACION. INGRESA POR SOMNOLENCIA SECUNDARIO AL AUTOCONSUMO DE HALOPERIDOL EN GOTAS. AL MOMENTO A COMPLETADO APROXIMADAMENTE MAS DE 60 HORAS LUEGO DE LA INGESTA DEL FARMACO. EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMATICO, NO HAY DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE, NO HAY MOVIMIENTOS ANORMALES NI TEMBLOR EN LAS EXTREMIIDADES, GLASGOW 15/15. YA VALORADO POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA.

Antecedentes:

Fecha: 05/11/2015, Tipo: Pediátricos

PAT NIEGA

CX NIEGA

TOX NIEGA

FCOS ACETAMAINFEON

HOPSITAZLIACION NIEGA

ALERGICO NIEGA

Fecha: 02/11/2016, Tipo: Médicos

MIGRAÑA, RINITIS ALERGICA

Fecha: 02/11/2016, Tipo: Quirúrgicos

NIEGA

Fecha: 02/11/2016, Tipo: Alérgicos

NIEGA

Fecha: 02/11/2016, Tipo: Traumáticos

NIEGA

Fecha: 02/11/2016, Tipo: Familiares

ABUELA CA CERVICOUTERINO , ABUELA CA CERVICOUTERINO , TIO CA DE PIEL

Fecha: 02/11/2016, Tipo: Farmacológicos

NIEGA

Fecha: 02/11/2016, Tipo: Pediátricos

FRUTO DE 2 DO EMBARAZO PARTO NORMAL, PESO AL NACER 3.700 GR TALLA NO RECUERDA

VACUNACION ADECUADA PARA LA EDAD

DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL, CURSA 6TOP GRADO

ALIMENTARIOS NORMAL

DENTICION: NORMAL,

Fecha: 03/02/2018, Tipo: Médicos

FRUTO DE 2 DO EMBARAZO PARTO NORMAL, PESO AL NACER 3.700 GR TALLA NO RECUERDA

VACUNACION ADECUADA PARA LA EDAD

PATOLOGICO: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

TRAUMATICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS: NIEGA

TOXICO/ALERGICOS: NIEGA

FISIOLOGICOS: NIEGA NOXA DE CONTAGIO

TRANSFUSIONALES: NIEGA

HOSPITALARIOS: NIEGA

FAMILIARES: ABUELA MATERNO LEUCEMIA

PAI COMPLETO PARA LA EDAD

Fecha: 05/06/2018, Tipo: Médicos

FRUTO DE 2 DO EMBARAZO PARTO NORMAL, PESO AL NACER 3.700 GR TALLA NO RECUERDA

VACUNACION ADECUADA PARA LA EDAD

PATOLOGICO: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

TRAUMATICOS: FRACTURA CUBITO Y RADIO EN DOS OCAISIONES IZQUIERDO.

FARMACOLOGICOS: NIEGA

TOXICO/ALERGICOS: NIEGA

FISIOLOGICOS: NIEGA NOXA DE CONTAGIO

TRANSFUSIONALES: NIEGA

HOSPITALARIOS: NIEGA

FAMILIARES: ABUELA MATERNO LEUCEMIA

PAI COMPLETO PARA LA EDAD

Fecha: 01/02/2019, Tipo: Pediátricos

PATOLOGICO: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

TRAUMATICOS: FRACTURA CUBITO Y RADIO EN DOS OCAISIONES IZQUIERDO.

FARMACOLOGICOS: NIEGA

TOXICO/ALERGICOS: NIEGA

FISIOLOGICOS: NIEGA NOXA DE CONTAGIO

TRANSFUSIONALES: NIEGA

HOSPITALARIOS: NIEGA

FAMILIARES: ABUELA MATERNO LEUCEMIA

PAI COMPLETO PARA LA EDAD

Examen Físico:

PACIENTE ALERTA TRANQUILO COLABORADORCC/ NORMOCEFALO, SIN LESIONES CRANEOFACIALES, CUELLO MOVIL NO MASAS NOADENOPATIAS, NO INJURGITACION YUGULAR, MOVIL NO DOLOROSOTORAX/ SIMETRICO NORMOEXPANSIBLE SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RSCSRITMCISO NO SOPLOS, RSRs MURMULLO VESICUALR BIALTERAL PRESENTE NO AGREGADOSAUSCULTATORIOSABDOMEN/ PERISTALTISMO PRESENTE BLANDO NO MASAS NO MEGALIAS NO SIGNOS DEIRRITACION PERITONEAL NO DOLOR A LA PALPACION ABDOMINALEXTREMDIADES/ SIEMTRICAS EUTROFICAS NOE DEMA LLENADOC APILAR MENOR DE DOSSEGUNDOS SIN ALTERACION EN ARCOS DE MOVIMEINTONEURO/ ALERTA ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, SIN DFICIT MOTOR NI DEFICIT SENTITIVO, SIN MOVIMEINTOS ANORMALES, NO MENINGISMOS.

Signos Vitales: TA: 133/82 | FC: 100 x Min | FR: 20 x Min | GlasGow: 15 / 15 | TC: 0,0000 | 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: 8.83 Valores de Referencia: 5.5-15.5 Unidades: $10^3/\mu\text{L}$
 RECuento DE NEUTROFILOS: 6.7 Valores de Referencia: 2.0-7.8 Unidades:
 RECuento DE LYMFOCITOS CH: 1.7 Valores de Referencia: 0.6-4.1 Unidades:
 RECuento DE MONOCITOS: 0.3 Valores de Referencia: 0.0-0.8 Unidades:
 RECuento DE EOSINOFILOS CH: 0.10 Valores de Referencia: 0-0.6 Unidades:
 RECuento DE BASOFILOS: 0.05 Valores de Referencia: 0-0.2 Unidades:
 PORCENTAJE DE NEUTROFILOS CH: 75.6 Valores de Referencia: 37.0-75.0 Unidades: %
 LINFOCITOS % CH: 18.9 Valores de Referencia: 42-58.5 Unidades: %
 MONOCITOS % CH: 3.8 Valores de Referencia: 0-15 Unidades: %
 EOSINOFILOS % CH: 1.10 Valores de Referencia: 0-15 Unidades: %
 BASOFILOS % CH: 0.60 Valores de Referencia: 0-2.0 Unidades: %
 RECuento DE GLOBULOS ROJOS CH: 5.04 Valores de Referencia: 4.2-5.4 Unidades: $10^6/\mu\text{L}$
 HEMOGLOBINA CH: 15.6 Valores de Referencia: 11-18 Unidades: g/dL
 HEMATOCRITO CH: 44.6 Valores de Referencia: 36-54 Unidades: %
 VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO (VMC): 88.4 Valores de Referencia: 80-100 Unidades: fL
 HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA (MCH): 31.0 Valores de Referencia: 27-31 Unidades: P g
 CONCENTRACION CORPUSCULAR MEDIA DE Hb (MCHC): 35.0 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: 292.0 Valores de Referencia: 150-450 Unidades: $10^3/\mu\text{L}$
 PLAQUETOCRITO: 0.27 Valores de Referencia: 0.10-1.00 Unidades: %
 VOLUMEN PLAQUETARIO MEDIO: 9.3 Valores de Referencia: 5.0-10.0 Unidades: fL
 ANCHO DE DISTRIBUCION PLAQUETARIO PDW: 16.2 Valores de Referencia: 11.5-14.5 Unidades: %

Servicio: (19490) Glucosa (en suero, LCR, otros fluidos)
 GLUCOSA EN SUERO LCR U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA: 115 Valores de Referencia: 70-106
 Unidades: mg/dL

Servicio: (19290) CREATININA EN SUERO, ORINA Y OTROS
 CREATININA EN SUERO ORINA U OTROS: 0.90 Valores de Referencia: 0.83-1.24 Unidades: mg/dL

Servicio: (19749) NITROGENO UREICO
 NITROGENO UREICO BUN: 13.80 Valores de Referencia: 8.4-21 Unidades: mg/dL

Servicio: (25102) Electrocardiograma
 SE REALIZA TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA SEGUN ODEN MEDICA
 Servicio: (19934) Transaminasa piruvica / ALAT
 TRANSAMINASA GLUTAMICO PIRUVICA O ALANINO AMINO TRANSFERASA TGP-ALT: 20.1 Valores
 de Referencia: 0-30 Unidades: U/L

Servicio: (19933) Transaminasa oxalacetica / ASA
 TRANSAMINASA GLUTAMICO OXALACETICA O ASPARTATO AMINO TRANSFERASA TGO-AST: 39.9
 Valores de Referencia: - Unidades: U/L

Servicio: (19891) Sodio
 SODIO ION SELECTIVO: 136.90 Valores de Referencia: 135-145 Unidades: mmol/L

Servicio: (19792) Potasio
 POTASIO ION SELECTIVO: 4.00 Valores de Referencia: 3.5-4.5 Unidades: mmol/L

Servicio: (19224) Cloruro
 CLORO ION SELECTIVO: 105.00 Valores de Referencia: 96-105 Unidades: mmol/L

Motivo Remisión: Ausencia de Profesional

Descripción Motivo: NO CONTAMOS CON PSIQUIATRA DE FORMA CONSTANTE EN ESTA INSTITUCION

Servicio que Remite: Urgencias **Descripción:** PEDIATRIA

Servicio Remitido: Urgencias **Descripción:** PSIQUIATRIA

Resumen H.Clinica: PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS Y 10 MESES DE EDAD EN COMPAÑÍA DE LA MADRE EN 3 DÍA DE HOSPITALIZACIÓN. INGRESA POR SOMNOLENCIA SECUNDARIO AL AUTOCONSUMO DE HALOPERIDOL EN GOTAS. AL MOMENTO A COMPLETADO APROXIMADAMENTE MAS DE 60 HORAS LUEGO DE LA INGESTA DEL FARMACO. EN EL MOMENTO SE ENCUENTRA ASINTOMATICO, NO HAY DEFICIT NEUROLOGICO APARENTE, NO HAY MOVIMIENTOS ANORMALES NI TEMBLOR EN LAS EXTREMIIDADES, GLASGOW 15/15. YA VALORADO POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA.

PACIENTE CON UN CUADRO CLINICO QUE NO ES CLARO ESTABLECER SI ES CONSUMO ACCIDENTAL O INTENCIONAL (INTENTO DE SUICIDIO) Y CONSIDERO QUE DEBE SER VALORADO POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA Y CONTINUAR SEGUIMIENTO POR TRABAJO SOCIAL Y PSICOLOGIA. TRABAJO SOCIAL CONSIDERA PACIENTE CON ALTA POSIBILIDAD DE ATENTAR CONTRA SU INTEGRIDAD. AUN NO HAY RESPUESTA EN EL SISTEMA DE VALORACION POR PSICOLOGIA.

POR PARTE DEL SERVICIO DE PEDIATRIA POR EL MOMENTO NO ES MAS EN LO CUAL SE PUEDE APOYAR EN ESTE PACIENTE. NO CONTAMOS CON EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA DE MANERA PERMANENTE EN ESTA INSTITUCION. POR LO QUE SE INICIAN TRAMITES DE REMISION PARA VALORACION Y MANEJO INTEGRAL POR PSIQUIATRIA.

SE SOLICITA AMBULANCIA BASICA PARA TRASLADO.

Fecha Confirmación:

Fecha Salida:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	NOMBRE
T431	ENVENENAMIENTO POR PSICOTROPICOS, NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE: ANTIDEPRESIVOS INHIBIDORES DE LA MONOAMINOXIDASA

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
--------	--------

79787665 - MURCIA SANCHEZ HECMAR EDUARDO

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE