

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

No de Solicitud

280806

Fecha de radicación de la Referencia

11/09/2018 17:17:59

Hora de radicación de la Referencia

5:17:59 p.m.

Tipo Usuario	<input type="text" value="Ambulatorio"/>	Tipo Remisión	<input type="text" value="2"/>
1. Ambulatorio	<input type="checkbox"/>	1. Electiva	<input type="checkbox"/>
2. En Urgencias	<input type="checkbox"/>	2. Electiva Prioritaria	<input type="checkbox"/>
3. Hospitalización	<input type="checkbox"/>	3. Urgente	<input type="checkbox"/>
		4. Hospitalización	<input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	INGRID NATALY PULECIO TRIANA		Identificación:	1030656401	1030656401	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento :	01/08/1995 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	23 Años \ 1 Meses \ 11 Días	AREA DE SERVICIO	3BLE10	INGRESO	3352264
Dirección:	CALLE 49 SUR 95 A 63		Teléfono:	3204775935	Localidad	LOC. BOSA	

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:	HECTOR PULECIO	Teléfono Resp:	3204775935
Dirección Resp:	CALLE 49 SUR 95 A 63		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC057 - EPS FAMISANAR SAS - TECNOLOGIAS NO PBS		I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros		

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS	F322

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD BAJA	38221	3BL - UMHE SAN BLAS	2	F	B	0	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
--	-------	---------------------	---	---	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	"ME QUIERO MORIR "					
	PACIENTE QUIENINGRESA TRAI DA POR MOVIL MEDICALIZADAD DEL CRUE 5107 QUIEN REFIERE AL PARECER PTE CONCUADRO CLINCIOD ELATRGA DATA APROX 6 AÑOS QUE SE EXACERBA EL DIA DE HOY CONSISTENTE EN IDEAS DEPRESIVAS , AISLAMIENTO SOCIAL QUE EL DIA DE HOY HACE 5 HORAS SE ENCIERRA EN EL BAÑO Y SE AUTOAGREDE(SE CORTA MUÑECAS CON CUCHILLOD ELA COCINA) EN EL MOMENTO PACIENETE QUEIN REFIERE IDEACION SUICIDA Y LLANTO FACIL .					
Examen Físico:	HERIDAS AUTOINFLIGIDAS EN ANTEBRAZOS					
Signos Vitales	TA: 115/70	FC: 76 x Min	FR: 20 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 60,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

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

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	NAT Y PROC BTA ESCOLARIDAD TECNICO OCUPACION: TRABAJA EN COBRANZAS, NO TIENE HIJOS. INFORMANTE: PADRE, HECTOR PULECIO, TEL: 3204775935 3138641719 MC: " SE ENCERRO EN UN BAÑO Y SE CORTO LAS VENAS..." EA: PACIENTE QUIEN PRESENTA CUADRO DE 6 AÑOS DE EVOLUCION DADO POR AFECTO DEPRESIVO, TENDENCIA AL LLANTO, IRRITABILIDAD, INSOMNIO. LOS SINTOMAS SE PRECIPITAN PORQUE AL PARECER TIENE PROBLEMAS CON SU PAREJA ACTUAL. EL DIA DE HOY SE CORTO EN EL ANTEBRAZO, ESTA CONDUCTA FUE IMPULSIVA. INGRESA EN TRASLADO PRIMARIO. NO TIENE ANTECEDENTE DE INTENTOS DE SUICIDIO PREVIOS.
-------------------------------	--

MOTIVO REFERENCIA

- | | | | | |
|---|--|---|--|---|
| 1. Servicio no ofertado <input type="checkbox"/> | 3. Falta de Insumos <input type="checkbox"/> | 5. Falta de Camas <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia Sanitaria <input type="checkbox"/> | 9. Ausencia de Convenio <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia de Profesional <input type="checkbox"/> | 4. Falta de Equipos <input type="checkbox"/> | 6. Cese de Actividades <input type="checkbox"/> | 8. Requiere manejo otro nivel <input type="checkbox"/> | 10. Devolucion Injustificada <input type="checkbox"/> |
| 11. Otro: <input type="checkbox"/> | 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: _____

Gerardo

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico ROBERT MEDINA RAJE GERARDO

Registro 811138