EPS SANITAS

"FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES"

HISTORIA CLINICA Nº 51622218

GENERADO: 20/09/2018 19:55

| REMITIDO DE | UNIDAD URGENCIAS F | PUENTE ARANDA | | | | | |
|-----------------------|--------------------|---------------|----|-----------|----------------|---|-------|
| FECHA REMISIÓN | 20/09/2018 | HORA | 19 | MINUTO | 55 | | |
| SERVICIO AL CUAL REM | IITE PSIQUIATRIA | | | | | | NIVEL |
| APELLIDOS ABEL | LA PACHON | | | NOMBRES | MARIA MERCEDES | | |
| DOCUMENTO DE IDENTI | FICACIÓN CC 51622 | 218 | | EDAÐ AÑOS | SEXO | F | |
| ENTIDAD DE AFILIACIÓN | | | | 58 | 4 | | |

DATOS DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA: HE ESTADO MAL ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE DE 58 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE 2 SEMANAS QUIEN PRESENTA DESORIENTACION EN TIEMPO, ESPACIO PERSONA, AFECTO MAL MODULADO, LLANTO FACIL, LABILIDAD EMOCIONAL, RISA MODERADA, TEMBLOR FINO, HERMANO ACOMPAÑANTE CIRCUNSTANCIAL REFIERE QUE NO HA SIDO AGRESIVA, NI HA TENIDO INTENTO SUICIDA, NI DEAS SUICIDAS, EL FAMILIAR REFIERE QUE MODIFICARION LITIO A LAMOTRIGINA, ACUDIO A UAP DE CASTELLANA MEDICO GENERAL DR CLARA EMILIA TABARES

PATOLOGICOS: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, FARMACOLOGICOS; LITIO HOSPITALARIOS: NIEGA QUIRURGICOS: DRENAJE EN GLANDULA MAMARIA IZQUIERDA. TRAJUMATICOS: NIEGA ALERGICOS: NIEGA TOXICOS; NIEGA

ANTECEDENTES

VER ENFERMEDAD ACTUAL

EXAMEN FÍSICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO

PACIENTE CON EPISODIO MANIACO, IDX: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR CON EPISODIO MANIACO

RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y CONDICIÓN AL EGRESO

PACIENTE CON TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR CON EPISODIO MANIACO , AL PARECER SEGUN REFIERE FAMILIAR QUE ESTABA RECIBIENDO LÍTIO PERO MODIFICACION A LAMOTRIGINA, FUE VALORADA EN LA CASTELLANA Y REMIENTE PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA, EN EL MOMENTO NO HAY DISPONIBILIDAD DE LA MISMA, POR LO QUE SE INICIA TRAMITE DE REMISION PARA PSIQUIATRIA

MOTIVOS REMISIÓN

PSIQUIATRIA

OBSERVACIONES

| FIRMA Y SELLO MÉDICO | | FIRMA USUARIO _ | |
|----------------------------------|------------|-----------------|--|
| NOMBRE LEIDY ROCIO TOVAR SALAZAR | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC | 1075254610 | | |
| REGISTRO MÉDICO 1075254610 | | | |

Firmado electrónicamente