



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ENTIDAD REMITENTE

HOSPITAL SAN RAFAEL DEL ESPINAL ESE

ENTIDAD DESTINO

<OTRO>



Nro Solicitud
85731

*Fecha de Referencia 12/10/2018 03:19:50 p.m.
** No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria
Dia Mes Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio ☐ 2. En Urgencias ☒ 3. Hospitalizado ☐

Tipo de atención

1. Electiva ☐ 2. Electiva prioritaria ☐ 3. Urgente ☒ 4. Hospitalización ☐

Identificación del paciente

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

LUIS

EDUARDO

CHAVEZ

ARIAS

Edad: Años 33 Meses 10 Días 13 Dirección residencia MZ 9 CS 20 BARRIO DIAMANTE.

T.D. C.C No. Identificación 11206156

Teléfono 3124001923

CC Cédula de ciudadanía

RC Registro civil

MSI Menor sin identificación

Sexo

Localidad

GIRARDOT

TI Tarjeta identidad

PA Pasaporte

ASI Adulto sin identificación

☒ F

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido LUIS EDUARDO CHAVEZ ARIAS

Dirección residencia

Teléfono 3124001923

Afiliación SGSSS

Subsidiado ☐

Clasif. Socioec. ☐

Nivel SISBEN

1 2 3 4 5-6

Población Especial

☐

Contributivo ☒

Particular ☐

No. Ficha

I. Indígena

S. IVA Social

M. Menor en protección

Entidad Administradora: NUEVA EPS SA

Otro régimen:

G. Indigente

D. Desplazado

O. Otros

Solicitud de referencia

Fecha: Dia 12 Mes 10 Año 2018 Hora: 15:19 AM PM

Edad gestacional:

Identificación de Instituciones

Nombre del procedimiento solicitado	Código del Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino Inicial	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1					

ANAMNESIS : ME QUIERO MATAR

PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD SIN ACOMPAÑANTE CON CUADRO CLINICO DE 1 SEMANA DE EVOLUCION QUIEN REFIERE SE SIENTE QUE VE COSAS, QUE QUIERE MATARSE, NIEGA EMESIS, NIEGA NAUSEAS, NIEGA FIEBRE, NIEGA OTROS.

EXAMEN FISICO : PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, HIDRATADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA SATO2: 97%

C/C: NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE NORMAL, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, CUELLO SIN MASAS NI MEGALIAS

C/P: TORAX NORMOEXPANSIBLE, SIMETRICO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS PULMONARES

ABD: BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, RSIS PRESENTES.

EXT: EUTROFICAS, SIN EDEMAS, PERFUSION DISTAL, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEGUNDOS

NEU: CONSCIENTE, ALERTA, ANSIOSO ORIENTADO, SIN DEFICIT DE PARES CRANEANOS, NO ALTERACION SENSOMOTORA, FUERZA CONSERVADA, NO RIGIDEZ NUCAL. SIGNOS VITALES :

-puiso - 72 xmin

-f.c - 72 xmin

-p.a.s - 104 mmhg

-f.r - 18 xmin

-temperatura - 36.6 °C

-talla - . Cms

-peso - . Kgr

-p.a.d - 54 mmHg

RESUMEN : PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDNETS DE ESQUIZOFRENIA EN MANEJO CON CLOZAPINA, EN EL MOMENTO AFEBRIL, HIDRATDO, SIN SIRS, SIN SIGNOS DE DIFICUALTD RESPRITAORUA, NO DOLOR ABDOMINAL, ANSIOSO, CON IDEAS SUICIDAS Y ALUCINACIONES VISUALES, SE CONSIDERA SOLICITAR REMISION A PSIQUIATRIA PRIORITARIA, EXAMENES DE LABORATORIO :

Nombre del diagnóstico	Código diagnóstico
1 ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F 2 0 9

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE DE 33 AÑOS DE EDAD AFEBRIL, HIDRATADO, ANSIOSO, CON ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA, NO DOLOR ABDOMINAL, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, QUIEN SE ENCUENTRA ANSIOSO, CON GANAS DE HACERSE DAÑO, CON IDEAS DE SUICIDIO, CON ALUCINACIONES VISUALES (REFIERE VE QUE LO ESTAN PERSIGUIENDO), CONSIDERO HOSPITALIZAR

EN EL MOMENTO NO TENEMOS SEVRICIO DE PSIQUIATRIA POR LO QUE SE CONSIDERA REALIZAR REMISION

PLAN:

SSN 0.9% 80 CC HORA

CLOZAPINA 100 NOCHE

HALOPERIDOL CADA 8 HORAS

SS GLICEMIA, TRANSAMINASAS, AZOADOS, HEMOGRAMA

SS REMISIÓN A PISQUIARIA

Motivo Referencia:

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 1. Servicio no ofertado <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Falta de insumos <input type="checkbox"/> | 5. Falta de camas <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia sanitaria <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia del profesional <input type="checkbox"/> | 4. Falla en equipos <input type="checkbox"/> | 6. Cese de actividades <input type="checkbox"/> | |
| 8. Otro; cuál | | | |

Datos del profesional que referencia

Nombre Rocio del pilar Martinez Espinosa

Firma



- ☐ Médico / Odontólogo General
☐ Médico / Odontólogo Especialista

Registro 1016018458

**Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

** Información suministrada por el profesional autorizado

- ☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente
☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento