

ANEXO TECNICO No. 9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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



Consecutivo interno: 26340

Fecha de realizacion de la Referencia: domingo, 23 de septiembre de 2018 5:10 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:** 1662937 **Fecha de ingreso** 23/09/2018

DATOS DEL PACIENTE

RODRIGUEZ	LOPEZ	KAREN	YULIANA
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	2DO NOMBRE
Tipo de Documento:	Tarjeta de Identidad	No. Documento de Identidad:	1003517627
Fecha de nacimiento:	2002-10-05	Edad en Años	15
Telefono:	3123129354	Departamento:	CUNDINAMARCA
Municipio:	FUSAGASUGA	Entidad responsable de pago:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS
Direccion de Residencia:	CHINAUTA AV EUCALIPTO FINCA VILLA BEATRIS	Regimen	Contributivo
Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo Evento:	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

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

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre:	CORDOBA PUERTA ERIKA JOHANNA	Telefono celular:		Telefono:	873 - 3000
Servicio que solicita el servicio:	Urgencias				
Servicio para el cual se solicita la referencia:	Urgencias				

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: " ANOCHE SE ESTUVO CORTANDO EL BRAZO "

Enfermedad Actual: PACIENTE DE 15 AÑOS DE EDAD ES TRAIDA POR LA MADRE POR PRESENTAR CUADRO LCICNO DE MAS O MENOS 2 SEMANAS DE EVOLUCIO NOCNISNTNENTNE EN LESIOENS AUTOINFILIMDIAS SUEPRFICIALES EN LA MUÑECA , EPISODIOS DE AGRESIVIDAD, NO LESIOENS HETEROAGRESIVADA, PACIENTE REIFERE QUE LO RELAZA POR PROBLEMAS EN EL COLEGIO Y FAMALAIRES, MQADRE REIFERE PROBLEMAS FAMILIARES EN CASA MOTIVO POR EL CUAL CONSULTA.

Antecedentes: Fecha: 11/02/2015, Tipo: Médicos
patologico asma bronquial
alergico medicamnteso niega
quirurgic nega

Fecha: 06/11/2015, Tipo: Médicos
PATOLOGICO: ASMA?
QUIRURGICOS: NIEGA
TOXICO/ALERGICOS: NIEGA
FARMACOLOGICOS: NIEGA
FISIOLOGICOS: NIEGA NOXA DE CONTAGIO
TRANSFUSIONALES: NIEGA
HOSPITALARIOS: NIEGA
FAMILIARES: NEGATIVOS
PAI COMPLETO
IER EMBARAZO VAGINAL A TERMINO NO RECUERDA PESO Y TALLA SIN REQUERIMIENTO DE O2 SUPLEMENTARIO

Fecha: 08/12/2015, Tipo: Médicos
ASMA BRONQUIAL
Fecha: 08/12/2015, Tipo: Quirúrgicos
NIEGA
Fecha: 08/12/2015, Tipo: Alérgicos
NIEGA
Fecha: 05/09/2017, Tipo: Médicos
ASMA ULTIMA CRISIS HACE MAS DE 4 AÑOS
Fecha: 05/09/2017, Tipo: Quirúrgicos
NIEGA
Fecha: 05/09/2017, Tipo: Transfusionales
NIEGA
Fecha: 05/09/2017, Tipo: Alérgicos
NIEGA
Fecha: 05/09/2017, Tipo: Familiares
MAMA ASMATICA
Fecha: 05/09/2017, Tipo: Ginecobstétricos
MENARQUIA 13 AÑOS
SIN VIDA SEXUAL
Fecha: 25/06/2018, Tipo: Médicos
PAT ASMA
ALERGIA XILOCAINA
CX NIEGA
FUM 15-6-2018 CILOS IRREGULARES , ETS NO , PLANIFICAS NO , PAREJA ESTALE , IVS NO ,
Fecha: 04/07/2018, Tipo: Médicos
PAT ASMA CRONICA
ALERGIA XILOCAINA
CCX NIEGA
VACUNAS CMPETA S I
FUM 15-06-2018 CICLOS IRREGULARES , ETS NO , PLANIFICAS NO PAREJA ESTABLE NO , IVS NO ,
Fecha: 23/09/2018, Tipo: Médicos
PAT ASMA CRONICA
ALERGIA XILOCAINA
CCX NIEGA
VACUNAS CMPETA S I
FUM 25-05-2018 CICLOS IRREGULARES , ETS NO, PLANIFICAS PRESERVATIVO. , PAREJA ESTABLE NO ,
INCIDIO DE VISA SEUXAL POSITIVA EN ACTUAL AÑO SOLO UNA OCAISON.
FAMIALIRES :ASMA : ABUELA.
NIEGA NATECNEDETES FMAIALAIRES PSIQUAITRICOS.

Examen Físico: CCC: MUCOSA ORAL HÚMEDA NORMOCRÓMICA, OROFARINGE NORMAL. NARINAS PERMEABLES. OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, NORMOCEFALO, CUELLO MÓVIL SIN MASAS. ISOCORIA NORMORREACTIVA, CONJUNTIVAS NORMOCRÓMICAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS
TORAX: SIMÉTRICO, NORMOEXPANSIVO. RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS, SIN SOPLOS. RUIDOS RESPIRATORIOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, SIN AGREGADOS
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, SIN MASAS NI MEGALIAS, NO DOLOR A LA PALPACIÓN, RUIDOS INTESTINALES (+), NO SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL.
EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, EUTRÓFICAS, PULSOS PERIFÉRICOS CONSERVADOS, LLENADO CAPILAR <2SEG, SIN EDEMAS, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS. LESION EN MUELA IZQUIERDA AUTINFILIMDAD LIENALES SUEPRICIALES COSTORSAS MULTPLES. UNA EN MUECA CONTRALATERLSA.
SNC:VIGIL ALERTA CONSCIENTE ORIENTADO EN SUS 3 ESFERAS , NO RIGIDEZ NUCAL, NO MENINGISMO, NO FOCALIZACION, GLASGOW 15/15.

Signos Vitales: TA: 112/64 | FC: 76 x Min | FR: 19 x Min | GlasGow: 15 / 15 | TC: 36,4000 | Peso: 46,0000

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:****Motivo Remisión:** Falta_Cama_IPS_Remite**Descripción Motivo:****Servicio que Remite:** Urgencias**Descripción:****Servicio Remitido:** Urgencias**Descripción:**

Resumen H.Clinica: PACIENTE DE 15 AÑOS DE CUADRO DESCRTIO, CON PROBLEMAS FMAIALAIR SEPARACION, Y PORBLEMAS DE OCNSDCUTAS Y SINTOMAS DEPRESIVOS ES TRADIA POR LA MADRE POR ACTOS DE AUTOAGRESION (LEISOENS AUTOINFLIGIDAS EN MUÑECA) EN EL MEEMOTNO ESTABLE ISN ISNGOS DE INFECCION ACTIVA, SINGINS OVITLAES NORMALES SIN ALTERACION DEL ESTADO DE CONSIGNECIA, COLABORADORA, TRANQUILA CON AFECTO APLANADO, DESCRIBE QUE LOS ACTOS SON SECUNDARIOS A PROBLEMAS FAMILIAIRES Y EN LA ESCUELA SIN EMBARGO NO ESPECIFICA EL PORQUE, CONSEIRO DEJAR EN OBSERVAICON INCIO PROCESO DE REMISION POR LESIOENS AUTOINFLIGIDAS A UNIDAD DE SALUD MENTAL EN AMBULANCIA BASICA

Fecha Confirmación:**Fecha Salida:****DIAGNÓSTICOS**

CÓDIGO	NOMBRE
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
--------	--------

1014269301 - CORDOBA PUERTA ERIKA JOHANNA
FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE