

## ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/12/04 Hora: 11:02

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT: X 891800231

-0

CC

DV

Código: 1500100387

Dirección Prestador: CRA II 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono: 8 7405030

Indicativa

Número

Departamento:

BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

001

## DATOS DEL PACIENTE

BARON

NEIRA

VICTOR

ALFONSO

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

## Tipo Documento de Identificación

☐

Registro Civil

☐

Pasaporte

☐

Tarjeta de Identidad

☐

Adulto sin identificación

☒

Cédula de Ciudadanía

☐

Menor sin identificación

☐

Cédula de Extranjería

1049639460

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento: 1994-09-24

Dirección de la Residencia Habitual:

CALLE 17 N° D1 - 87

Teléfono:

3152919886

Departamento:

BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:

NUEVA EPS-C

Código:

EPS037

## DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE

NO TIENE

NO TIENE

NO TIENE

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

## Tipo Documento de Identificación

☐

Registro Civil

☐

Pasaporte

☐

Tarjeta de Identidad

☐

Adulto sin identificación

☐

Cédula de Ciudadanía

☐

Menor sin identificación

☐

Cédula de Extranjería

Número Documento Identificación

Dirección de la Residencia Habitual:

Teléfono:

Departamento:

Municipio:

## PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre: MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO

Teléfono:

98

7405030

Indicativo

Número

Extensión

Servicio que solicita la referencia

Hospitalización PSIQUIATRIA

Teléfono Celular

Servicio para el cual se solicita la referencia

Hospitalización ADMINISTRATIVO

## INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

## Anamnesis:

REFIERE QUE TARS TENER PROBLEMAS EN SU CASA DECIDIO TOMARSE UNAS PASTAS MAS DE 18 PASTAS DE IBUTROFENO 800 ,  
ACOMPANADAS DE LICOR, CONSULTA POR DOLOR EN LA REGION DE LABOCA DEL ESTOMAGO

## Examen Físico:

## Inspección General

Inspección general: Normal

## Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, ALERTA ORIENTADO, ESTABLECE CONTACTO VERBAL Y VISUAL, EULALICO, PRODUCCION VERBAL ADECUADA,  
SIN ALTERACION DE LA MEMORIA, AFECTO DE FONDO TRISTE, PENSAMIENTO LOGICO, COHERENTE, IDEAS DE CORTE DEPRESIVO DE  
DESESPERANZA, MINUSVALIA, NEGIA IDEAS DE MUERTE O DE SUICIDIO EN EL MOMENTO, JUICIO DE LA REALIDAD COMPROMETIDO, POBRE  
AUTOCRITICA DE LO SUCEDIDO, PROSPECCION Y INTROSPECCION POBRE, NO SX DE PSICOSIS

Carlos Mendoza

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

Fecha: 2018/12/04 Hora: 11:02

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

**DATOS DEL PACIENTE**

BARON		NEIRA		VICTOR		ALFONSO										
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre										
<p><b>Tipo Documento de Identificación</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td rowspan="4">1049639460</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> </tr> </table> <p align="right">Número documento de identificación</p> <p align="right">Fecha de Nacimiento: 1994-09-24</p>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1049639460	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1049639460														
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin identificación															
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin identificación															
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería																
Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 17 N° D1 - 87				Teléfono: 3152919884												
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:		TUNJA 15001									
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C				Código:		EPS037										

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/12/04 Hora: 11:02

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-8
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	S	7405830					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

### DATOS DEL PACIENTE

HARON	NEIRA	VICTOR	ALFONSO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

#### Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/>	Registro Civil	<input type="checkbox"/>	Pasaporte
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/>	Adulto sin identificación
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/>	Menor sin identificación
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería		

1049639460

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento: 1994-09-24

Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 17 Nº D1 - E7			Teléfono:	3132919886
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C			Código:	EPS037

### Resumen de la Evolución:

#### EVOLUCIÓN

Fecha: 04/12/2018 07:25

Subjetivo, objetivo y análisis: EVOLUCION PSIQUIATRIA

PACIENTE DE 24 AÑOS CON DX DE:

INTENTO DE SUICIDIO -RIESGO DE AUTO-HETEROAGRESION

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE

INTOXICACION MEDICAMENTOSA POR AINES (IBUPROFENO)

ESTRESORES DE PAREJA, FAMILIARES

POBRE RED DE APOYO

REFIERE SENTIRSE MAS TRANQUILO, PERO SU ESTADO DE ANIMO SIGUE IGUAL CON RESPECTO AL DEL INGRESO, CONTINUA CON LABILIDAD EMOCIONAL, NIEGA IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESION, CRITICA PARCIAL DE LO SUCEDIDO, COMENTA COMO SU PRINCIPAL MOTIVACION PARA VIVIR SU HUIO, MENOR ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO, EL DIA DE AYER RECIBIO VISITA DE HERMANA Y MADRE. ADECUADA TOLERANCIA A MANEJO MEDICO INDICADO.

#### CONCEPTO MEDICINA INTERNA

PACIENTE DE SEXO MASCULINO DE 24 AÑOS SIN ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA, INGRESA POR INGESTA VOLUNTARIA DE ALTAS DOSIS DE AINES (IBUPROFENO 800 MG, TOTAL AL PARECER 10 TABLETAS), EN EL MOMENTO ASINTOMATICO, SIN ALTERACIONES RELEVANTES AL EXAMEN FISICO, PARACLINICOS CON LEVE LEUCOCITOSIS, SIN ANEMIA, SIN TROMBOCITOPENIA, LEVE AUMENTO DE CREATININA, ELECTROLITOS NORMALES, FUNCION HEPATICA NORMAL, UROANALISIS SIN LEUCOCITURIA O CILINDRURIA. SE CONSIDERA QUE EL PACIENTE PRESENTA SIGNOS DE TOXICIDAD INICIAL RENAL LEVE VS VASOCONSTRICCIÓN DE ARTERIOLA RENAL AFERENTE POR AINES, REQUIERE HIDRATACIÓN ADECUADA, EVITAR NEFROTÓXICOS, MAÑANA CONTROL DE AZOADOS Y UROANALISIS, PUES TIENE RIESGO DE NEFRITIS INTERSTICIAL POR AINES.

#### DEJAN DX:

- INTOXICACION EXOGENA POR AINES
- LESION RENAL AGUDA AKI I
- VASOCONSTRICCIÓN ARTERIOLA RENAL AFERENTE POR AINES?
- RIESGO DE NEFRITIS INTERSTICIAL POR AINES

Análisis de resultados: 03/12/2018

#### HEMOGRAMA

HUCOS 11130 NEUTRO 77 LINFO 15 HB 15.6 HTO 46.5 PLAQ 332000

TIEMPOS INR 1.0 PT 31 PT 14

CREATININA 1.2 URUA 34 CA 1.1 NA 141 K 4.2 CL 104 GLICEMIA 102 BUN 15.9 TGP 18 TGO 20

NORMAL

04/12/2018 TSII 1.92 BT 0.83 BD 0.28 BI 0.55

#### TAC CREANO SIEMPRE DENTRO DE PARAMETROS NORMALES

Plan de manejo: PACIENTE DE 24 AÑOS, INGRESA POR INTENTO DE SUICIDIO DE ALTO GRADO DE LETALIDAD, EVENTO PREMEDITADO, CON INTOXICACION MEDICAMENTOSA CON AINES, CUADRO DEPRESIVO REACTIVO A ESTRESORES DE PAREJA, EN EL MOMENTO SIN MEJORIA EN SU ESTADO DE ANIMO, PERSISTENCIA DE CUADRO DEPRESIVO, AUNQUE REFIERE QUE ESTA MAS TRANQUILO, NIEGA IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESION, REALIZA AUTOCRITICA PARCIAL DE LO SUCEDIDO, ES VALORADO POR MEDICINA INTERNA QUEBEN CONSIDERAN QUE EL

## ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/12/04 Hora: 11:02

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: H.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT: ☒ 891800231

-II

CC: ☐

DV

Código: 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono: 8 7405030

Indicativo: Número: Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

## DATOS DEL PACIENTE

BARON	NEIRA	VICTOR	ALFONSO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

## Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1049639460
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		Fecha de Nacimiento: 1994-09-24

Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 17 N° D1 - 87 Teléfono: 3152919886

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037

PACIENTE PRESENTA SIGNOS DE TOXICIDAD INICIAL RENAL LEVE VS VASOCONSTRICCIÓN DE ARTERIOLA RENAL APEKENIB FOR AINES, POR LO CUAL INICIAN MANEJO.

PTE QUIEN REQUIERE MANEJO IIX EN USM PSIQUIATRIA, TRAMITE DE REMISION QUE SE INICIARA, CUANDO SE ESTABLECE CONDICION CLINICA DE INTOXICACION, SE DEFINA EGRESO POR PARTE DE MD INTERNA. P/ INTERVENCION POR PSICOLOGIA, TRABAJO SOCIAL A NIVEL INDIVIDUAL Y FAMILIAR.

## Diagnóstico:

Y451 EFECTOS ADVERSOS DE OTRAS DROGAS ANTINFLAMATORIAS NO ESTEROIDES [DAINE] Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal  
 Z630 PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado  
 Z638 OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado  
 F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

## Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN) 500 ML SOLUCION INYECTABLE  
 OMEPRazol BOLO  
 ALUMINIO HIDROXIDO 6% SUSPENSION ORAL X 360 ML  
 LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN) 500 ML SOLUCION INYECTABLE  
 RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50 MG/2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE

## Procedimientos Realizados:

Código CUPIS: 903839 Descripción: GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN BUJERCIÓN Cantidad: 1

## Motivos de remisión:

## REFERENCIA ADMINISTRATIVA

PACIENTE DE 24 AÑOS, INGRESA POR INTENTO DE SUICIDIO DE ALTO GRADO DE LETALIDAD, EVENTO PREMEDITADO, CON INTOXICACION MEDICAMENTOSA CON AINES, CUADRO DEPRESIVO REACTIVO A ESTRESORES DE PAREJA, EN EL MOMENTO SIN MEJORIA EN SU ESTADO DE ANIMO, PERSISTENCIA DE CUADRO DEPRESIVO, AUNQUE REFIERE QUE ESTA MAS TRANQUILO, NIEGA IDEAS DE AUTO O HETEROAGRESION, REALIZA AUTOCRITICA PARCIAL DE LO SUCEDIDO, SE REALIZA REMISION ADMINISTRATIVA

## FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03