

EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL FUSAGASUGA

890680025

Fecha Actual : jueves, 28 febrero 2019

ANEXO TECNICO No. 9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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



Consecutivo interno: 28548 Fecha de realizacion de la Referencia: jueves, 28 de febrero de 2019 6:32 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: 1795335 Fecha de ingreso 28/02/2019

DATOS DEL PACIENTE

BARRERA	MORALES	KELLY	JOHANA
1ER APELLIDO	2DO APELLIDO	1ER NOMBRE	2DO NOMBRE
Tipo de Documento:	Cédula Ciudadania	No. Documento de Identidad:	1069745231
Fecha de nacimiento:	1993-11-04	Edad en Años	25
Telefono:	3124663343	Departamento:	CUNDINAMARCA
Municipio:	FUSAGASUGA	Entidad responsable de pago:	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD FAMISANAR SAS
Direccion de Residencia:	VRDA SAN RAIMUNDO	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:	3124663343	Departamento:	CUNDINAMARCA
Municipio:	FUSAGASUGA	Direccion de residencia:	VRDA SAN RAIMUNDO

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: REMITIDA DEL TRABAJO

Enfermedad Actual: PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS QUIEN ES REMITIDA POR EMPRESA ALIMENTOS RIE SAS DONDE FUE VALORADA POR EL SERVICIO DE PISOCLOGIA CON DIAGNOSTICO DE DEPRESION, IDEACION SUICIDA SEMIESTRUCTURADAS, TRISTEZA Y ANHEDONIA PO SITUACION FAMILIAR COMPLEJA, PACIENTE CONLLANTO FACIL, QUIEN REFIERE PRESENTA MUCHA IRA CONTRA TODO, QUIEN TEME DESATAR ESA IRA CONTRA SU HIJA DE 4 AÑOS, CON BAJA AUTOESTIVA, POR LO CUAL INGRESAN EL DIA DE HOY

Antecedentes: NIEGA

Examen Físico: PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS. SIN NISGNOS DE DIFICULTAD REPSIRATORIA NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS, REFLEJO FOTOMOTOR NORMAL. OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA. CUELLO MOVIL NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SE EVIDENCIAN MASAS NI MEGALIAS. COLUMNA SIN ANOMALIAS. TORAX NORMOEXPANSIVO, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO PRESENTE, SIN AGREGADOS A LA AUSCULTACION PULMONAR. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO SE PALPAN MASAS NI MEGALIAS. EXTREMIDADES SIMETRICAS EUTROFICAS, MOVILES, NO DOLOR A LA MOVILIZACION, SIN EDEMA. NEUROLOGICO SIN DEFICIT SENSITIVO O MOTOR, REFLEJOS OSTEOTENDINOSOS +++/++++ GENITOURINARIO NO SE EXPLORA. PIEL: HIDRATADA, SIN LESIONES.

Signos Vitales: TA: 122/64 | FC: 75 x Min | FR: 19 x Min | GlasGow: 15 / 15 | TC: 36,0000 | Peso: 60,0000

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 FEMENINO DE 25 AÑOS DE EDAD CON DIANGOSTICO DE TRASTORNO DEPRESIVO, VALORADA POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA QUIEN REFIERE CUADRO DE IDEAS SUICIDIO, ASOCIA SINTOMAS DEPRESIVOS, INSOMNIO, SECUNDARIO A MULTIPLES RESTRESORES, AL EXAMEN HOY COINTINUA CON COGNICIONES DEPRESIVAS E IDEAS SUICIDAS PARCIALMENTE ESTRUCTURADAS, QUIEN REQUIERE REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL POR LO QUE SE INIICAN TRAMITES,EN AMBULANCIA BASICA, SE SOLICICTA PARA CLINICOS PARA DESCARTAR ORGANICIDAD, SE LE EXPLICA A LAPACIENTE QUIEN REFIERE ENTENDER Y ACEPTAR

Fecha Confirmación:

Fecha Salida:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	NOMBRE
F321	EPISODIO DEPRESIVO MODERADO

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
--------	--------

Johanna Cordoba

1014269301 - CORDOBA PUERTA ERIKA JOHANNA

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE