

No de Solicitud

220307

No de Planilla

Fecha de radicacion de la Referencia

13/11/2018 18:38:45

Hora de radicacion de la Referencia

6:38:45 p. m.

Tipo Usuario

Ambulatorio

Tipo Remisión

3

1. Ambulatorio

☐

2. En Urgencias

☐

3. Hospitalización

☐

1. Electiva

☐

2. Electiva Prioritaria

☐

3. Urgente

☐

4. Hospitalización

☐

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:

LEOPOLILDA MENDEZ DE VALDES

Identificación:

28527282

Sexo:

Femenino

Fecha Nacimiento :

25/03/1941 12:00:00 a. m.

Edad Actual:

77 Años \ 7 Meses \ 21 Días

AREA DE SERVICIO

B02C2

INGRESO

1274268

Dirección:

CALLE 63 # 113 A 56

Teléfono:

304499

Localidad

FONTIBON

CC Cedula de Ciudadania

RC Registro Civil

MSI Menor sin Edintificación

TI Tarjeta de Identidad

ASI adulto sin Identificar

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)

Responsable:

Teléfono Resp:

Dirección Resp:

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:

Contributivo

Nivel SocioEconómico:

0

SISBEN Nivel SocioEconómico:

0

Ficha SISBEN:

Tipo de Población Especial:

Entidad Administradora

006001 - CON NUEVA EPS

I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO

IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL

NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA N2

890484

C61 - KR 99 No 16 I - 41 CAMI II - FONTIBON  
TEL 4220876 4183587

2

F

B

0

2

S/S VALORACION POR PSIQUIATRIA

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :

☐

I NIVEL:

☐

II NIVEL:

☐

III NIVEL:

☐

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO

CODIGO DIAGNOSTICO

TRASTORNO DE ANSIEDAD , NO ESPECIFICADO

F419

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

HISTORIA CLINICA RETROSPECTIVA TRIAGE II 16:25  
"QUIERO SALIR CORRIENDO"  
PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION EL CUAL SE EXACERBA HACE 1 DIA CARACTERIZADO POR CUADRO DE POLIPNEA ASOCIADO A PARESTESIA DE MANOS Y PIES, REFIRIENDO EL DESEO DE "ESTOY DESESPERADA, QUIERO SALIR CORRIENDO, ME TIENEN MAL LOS NERVIOS, NO SE LO QUE TENGO" PACIENTE NIEGA AUTOMEDICACION PARA SU ALIVIO.

REGULAR ESTADO GENERAL, PESO 43 KG. GLUCOMETRIA DE INGRESO 155 MG/DL.

Examen Físico:

POLAQUITURIA EN LOS 7 ULTIMOS DIAS, NIEGA OTRO SINTOMA. OCUPACION AMA DE CASA.

Signos Vitales

TA: 171/100 | FC: 97 x Min | FR: 18 x Min | GlasGow: 15 TC: 36,0000 | Peso: 43,0000

Resultados Exámenes Diagnósticos:

PACIENTE EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL Y CUADRO SUGESTIVO DE ANSIEDAD DESDE HACE 3 MESES CON VALORACION POR PSIQUIATRIA PENDIENTE PARA INICIO DE MANEJO MEDICO QUIEN INGRESA POR CUADRO DE HACE 3 MESES EL CUAL SE EXACERBA HACE 1 DIA CARACTERIZADO POR POLIPNEA, PARESTESIA DE MANOS Y PIES, MANIFIESTA "ESTOY DESESPERADA, QUIERO SALIR CORRIENDO, ME TIENEN MAL LOS NERVIOS".

Ginecobstétricos:

G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

☐ Actividad Uterina ☐ Actividad Uterina Regular ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membranas

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES

PACIENTE EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL Y CUADRO SUGESTIVO DE ANSIEDAD DESDE HACE 3 MESES CON VALORACION POR PSIQUIATRIA PENDIENTE PARA INICIO DE MANEJO MEDICO QUIEN INGRESA POR CUADRO DE HACE 3 MESES EL CUAL SE EXACERBA HACE 1 DIA CARACTERIZADO POR POLIPNEA, PARESTESIA DE MANOS Y PIES, MANIFIESTA "ESTOY DESESPERADA, QUIERO SALIR CORRIENDO, ME TIENEN MAL LOS NERVIOS". EN EL MOMENTO, SE CONSIDERA PACIENTE CON CIFRAS TENSIONALES FUERA DE METAS SECUNDARIO A EPISODIO DE ANSIEDAD, TAQUICARDICA, DESHIDRATADA, SIN DETERIORO NEUROLOGICO, NO SIGNOS DE FOCALIZACION, SIN EMBARGO, POR GRUPO ETAREO SE DECIDE MANEJO DE SINTOMAS EN SALA DE OBSERVACION PARA DESCARTAR ALTERACION METABOLICA, GLUCOMETRIA DE INGRESO 155 MG/DL, SE ORDENA MANEJO MEDICO Y SE SOLICITA CONCEPTO POR SERVICIO DE PSIQUIATRIA, POR NO DISPONIBILIDAD DEL SERVICIO EN LA INSTITUCION, SE INICIAN TRAMITES DE REMISION EN SU EPS.

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado

☐

3. Falta de Insumos

☐

5. Falta de Camas

☐

7.Emergencia Sanitaria

☐

9. Ausencia de Convenio

☐

2. Ausencia de Profesional

☐

4. Falta de Equipos

☐

6. Cese de Actividades

☐

8. Requiere manejo otro nivel

☐

10. Devolucion Injustificada

☐

11. Otro:

☐

Falta\_Cama\_IPS\_Remite

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA

DIA

MES

AÑO

Funcionario de Contacto

Cargo:

Punto de destino final:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico

POLO ANGULO PAULA ANDREA

Firma:

Profesion:

Especialidad:

MEDICINA DE URGENCIAS

Registro

1140850185