

## **ESE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL PAIPA** NIT. 891855209 CRA 20 # 21-37 (Tel:7850110)

Remisiones 201810300264 - 1 SIH/0.01/2010-01-01

Fecha de la Remisión	DÍA <u>30</u> MES	<u>10</u> AÑC	2018	Autorización: XXX	
No. de Historia Clínica CC4191696					
Sede ESE HOSPITAL SAN VICENTI				ligo <u>155160073201</u> 	
Institución a la que se remite			Coc	ligo <u></u>	
IDENTIFICACIÓN DEL USU	ARIO				
Nombres	1er. Apellido	2	do. Apellido	•	Sexo
JOSE MIGUEL	CAMACHO	<u>R</u>	UIZ		М 🍥 F 💮
Documento Identidad	C.C.   T.I.   R.C.	, <b>N</b>	<b>o.</b> 4191696		
Dirección CRA 20 NO 24-38			eléfono <u>3133</u>	<u>941840</u>	Edad 60 Ano(s)
Municipio PAIPA	Departamento Boyaca	U	rbano <u>X</u>		Rural
Lugar y Fecha de Nacimiento <u>- 10</u>	0/06/1958				
Estado Civil SOLTERO		_			
REGIMEN					
Contributivo  Subsidiado	Vinculado (	(h)	SOAT 🔘	Particular 🔘	Otro 🔘
_	S SA	_	_		
DATOS DE LA REFERENCIA					
		it-		Especialida	
Fecha de Ingreso  D 30 M 10 A 2018	Servicio que R	X	MEDICINA	ESPECIANDA: GENERAL	
D 30 M 10 A 2018 Fecha de Egreso					
	Hospitalización				
<b>D</b> 30 <b>M</b> 10 <b>A</b> 2018	Otro				
Modalidad de Solicitud	Servicio que R	emite		Especialidad	I
Remisión X					
Interconsulta	Consulta Externa				
Orden de Servicio	Hospitalización				
Apoyo Tecnológico	Otro <u>PS</u>	<u>IQUIATRIA</u>	PSIQUIATR:	IA	
Motivo de Remisión			Médico que	Remite	
Nivel de Competencia X	Nombre	CARLOS	DARIO MOG	OLLON	
No hay Recurso Humano	Firma y Sello				
No hay Equipo	C.C	4053294			
Petición Voluntaria	Registro Médico				
Otro					
PACIENTE CON TRASTORNO AFEC	TIVO BIPOLAR CON EPISO	DIO MANIA	CO SE REMIT	<u>E PARA MANEJO IN</u>	<u>TRAHOSPITALARIO</u>
POR PSIQUIATRIA					
Nivel de Competencia					
Nivel que Remite	1 <u>X</u> 2	3	4		
Nivel al que se Remite	1 X 2	3 _	4		
Title at que se remite					
	1 2				
	,				
Datos de la Remisión (se regis	,				
Hora Solicitud 17:34	tra la hora militar)	Hora	a <u>17</u>	_ Minutos	34
Hora Solicitud 17:34  Nombre de la persona que solicita	tr <b>a la hora militar)</b> la Remisión	Hora	a <u>17</u>	_ Minutos	34
Hora Solicitud 17:34  Nombre de la persona que solicita  CARLOS DARIO MOGOLLON .(MED	tr <b>a la hora militar)</b> la Remisión				
Hora Solicitud 17:34  Nombre de la persona que solicita CARLOS DARIO MOGOLLON .(MED Hora Confirmación 17:34	tra la hora militar) la Remisión NICINA .)		a <u>17</u>		
Hora Solicitud 17:34  Nombre de la persona que solicita CARLOS DARIO MOGOLLON .(MED Hora Confirmación 17:34  Nombre del Confirmador (persona	tra la hora militar) la Remisión NICINA .)				
Hora Solicitud 17:34  Nombre de la persona que solicita CARLOS DARIO MOGOLLON .(MED Hora Confirmación 17:34  Nombre del Confirmador (persona MEDICO URGENCIAS	tra la hora militar) la Remisión ICINA .) que acepta la Remisión)	Hora	a <u>17</u>		
Hora Solicitud 17:34  Nombre de la persona que solicita  CARLOS DARIO MOGOLLON .(MED  Hora Confirmación 17:34  Nombre del Confirmador (persona  MEDICO URGENCIAS  Datos de llegada del Paciente a la	tra la hora militar) la Remisión PICINA .) que acepta la Remisión) Institución Receptora (regis	Hora	a <u>17</u>		
Hora Solicitud	tra la hora militar) la Remisión PICINA .) que acepta la Remisión) Institución Receptora (regis	Hora strada por e	a 17	Minutos	34
Hora Solicitud 17:34  Nombre de la persona que solicita  CARLOS DARIO MOGOLLON .(MED  Hora Confirmación 17:34  Nombre del Confirmador (persona  MEDICO URGENCIAS  Datos de llegada del Paciente a la	tra la hora militar) la Remisión PICINA .) que acepta la Remisión) Institución Receptora (regis	Hora strada por e	a 17		34
Hora Solicitud17:34  Nombre de la persona que solicita  CARLOS DARIO MOGOLLON . (MED  Hora Confirmación17:34  Nombre del Confirmador (persona  MEDICO URGENCIAS  Datos de llegada del Paciente a la  Hora Minuto	tra la hora militar) la Remisión PICINA .) que acepta la Remisión) Institución Receptora (regis	Hora strada por e	a 17	Minutos	34

Diagnóstico Presuntivo						(	Código CIE		
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS							F311		
Anamagia	Resum	en de Histo	oria Clínica y	/ Resultad	o de Pruebas				
Anamnesis: PACIENTE DE 60 AÃ'OS	DE EDAD CPO	N ANTECEDI	ENTE DE TRA	STORNO A	FECTIVO BIPO	LAR POR M	AS DE 40 AÃ'OS HA		
REQUERIDO HOSPITALIZ CENTRO DE REHABILITA	ACION ESTE	<u>AÃ`O EN NU</u>	JMERO DE 4	<b>EPISODIO</b>	S ULTIMA SAL	IDA EL 12	DE OCTUBRE 2018		
FAMILIA, VERBORREA.	CION INTEGRA	AL DL DUTA	CA, FACIENT	L CON CU	WDVO CTINICC	DL AGKES	TATORO CONTRA LA		
Signos Vitales	TA 110/70	FC 88	T(°C) 36.60	FR 16	TALLA(CM) 0	PESO 0.00	GLASGOW		
Hallazgos del Examen F	-ísico				,				
Cabeza:Normal - Cuell Neurológico:Normal PAC Y MEGALOMANIACA , AFE Nariz:Normal - Oidos:N Resultados de Pruebas	lo:Normal - 1 CIENTE ALERTA ECTO IRRITABL ormal - <b>Boca</b> :	DISPROXES E CON TENI Normal - <b>O</b>	SICO, TAQUIL DENCIA A LA	ALICO, TAC AGRESIVII	OUIPSIQUICO, DAD, LOGORRE	IDEAS DELIF ICO, INTRO	RANTES, PARANOIDE SUSEPCION NULA -		
Procedimientos Quirúrg	gicos y/o no (	Quirúrgicos	Realizados						
Tratamiento Instaurado	o (Medicamer	itos, Dosis	y Duración o	del Tratam	iento)				
-									
Nota Médica									
							_		
Diagnóstico Presuntivo TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS					(	<b>Código CIE</b> F311			
PSICOTICOS									
Observaciones o Sugero OBSERVACION ACIDO VA NOCHE		MG CADA 8	HORAS QUET	TAPINA 100	0 MG CADA 8 H	HORAS CLON	NAZEPAN 2MG EN LA		
			Impreso po	r:					
			IE PAOLA AREN XILIAR DE ENF						