

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 3

Fecha de Solicitud

|   |    |      |
|---|----|------|
| 1 | 10 | 2018 |
|---|----|------|

REFERENCIA N° 2,345

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

Código Habilitación: 254860003701

Fecha de Ingreso: Cama:

01/10/2018

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: JHONATAN ESTEBAN FORERO VELASQUEZ

Sexo: Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO CALLE 3 N 6-61

T.D. TI Nro. Identificación: 1069098533

Zona: Urbano ☒ Rural

Teléfono: 3103362476

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: NEMOCON

Seguridad Social en Salud: Contributivo ☒

E.P.S.: FAMISANAR SAS -- Evento

Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S.

Nivel Socioeconómico Nivel I

A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN

Nivel Socioeconómico

D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General ☒ Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

Persona responsable del paciente:

Parentesco

Dirección:

Teléfono

**RESUMEN DE HISTORIA CLINICA****Motivo de Consulta:**

INTENTO DE SUICIDIO

**Enfermedad Actual:**

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR EL PROFESOR DEL COLEGIO POR QUE INTENTO TIRARSE DE UN SEGUNDO PISO, PADRES REFIERE QUE ESTA EN MANEJO CON PSICOLOGIA POR DEPRESION, MAMA NIEGA NUEVOS EPISODIOS DE AUTOLESION.

**Antecedentes Personales:**

- HOSPITALARIOS

- PATOLOGICOS: TAQUICARDIA ???

- FARMACOLOGICOS: NIEGA

- QUIRURGICOS: NIEGA

- TOXICOALERGICOS. NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS O ALIMENTARIAS.

- FAMILIARES NIEGA

**Examen Físico:**

TA: 133/72 mmHg

GLAS: 15 puntos

FC: 102 x min

PESO: 53 Kg

TALLA: 1.57 cm

FR: 20 x min

TEMP: 36.2 °C

SÁT: 96 %

IVON NATHALIA RAMIREZ PRADA

Cedula de Ciudadanía : 1075658161

PROFESIONAL DEL AREA DE LA SALUD

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 2 of 3

Fecha de Solicitud

1 10 2018

REFERENCIA N° 2,345

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

Código Habilitación:254860003701

Fecha de Ingreso: Cama:

01/10/2018

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: JHONATAN ESTEBAN FORERO VELASQUEZ

Sexo: Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO CALLE 3 N 6-61

NEUROANALISIS : PACIENTE CON LLANTO FRAGIL, CALLADO, HABLA ENTRE LOS DIENTES, REFIERE QUE SIENTE TRISTEZA AL DEFRAUDAR A SUS PADRES POR LO QUE INTENTO HACER ESTO.

ESTADO GENERAL : PACIENTE CONSCIENTE ALERTA HIDRATADO AFEBRIL EN BUEN ESTADO GENERAL

NORMOCEFALO PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ Y ACOMODACION, CUELLO SIN MASAS TIROIDES NORMAL

SIMETRICO RCRC RITMICOS SIN SOPLOS NO TAQUICARDICOS RSRs SIN SOBREGREGADOS PULMONARES SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.

ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL NI PROFUNDA SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXTREMIDADES SIMETRICAS SIN EDEMA PULSOS PERIFERICOS CONSERVADOS LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS

PACIENTE CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO EN TIEMPO Y PERSONA SIN SIGNOS DE DEFICIT SENSITIVO O MOTOR APARENTE

## DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS

F322

Servicio Solicitado Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

890284

PSIQUIATRIA

## Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐  
☐  
☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐  
☒

3. Falta de Equipo(s)

☐  
☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

5. Requiere otro nivel de atención

6. Voluntario

7. Otro

## INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: OTRAS CLINICAS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

1 10 2018

Fecha Salida del Paciente

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☒

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☒

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

## AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE QUIEN ES TRAIDO POR EL PROFESOR DEL COLEGIO POR QUE INTENTO TIRARSE DE UN SEGUNDO PISO, AL INTERROGATORIO SE EVIDENCIA PACIENTE CON LLANTO FRAGIL, CON REMORDIMIENTO, INDICA QUE PENSO QUE TENIA QUE HACER ESO YA QUE SENTIA QUE ESTABA DEFRAUDANDO A SUS PADRES, PACIENTE YA EN MANEJO CON PSICOLOGIA, QUIEN INDICA DEBE SER MANEJADO POR PSIQUIATRIA AL YA TENER UN INTENTO SUICIDA, ESTE INDICA QUE DEBE SER VALORADO POR PSIQUIATRIA POR INTENTO SUICIDA POR LO QUE SE INICIA REMISION.

## EVOLUCION

IVON NATHALIA RAMIREZ PRADA

Cedula de Ciudadania : 1075658161

PROFESIONAL DEL AREA DE LA SALUD

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 3 of 3

Fecha de Solicitud

|   |    |      |
|---|----|------|
| 1 | 10 | 2018 |
|---|----|------|

REFERENCIA N° 2,345

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL DE NEMOCON

Código Habilitación: 254860003701

Fecha de Ingreso: Cama:

01/10/2018

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: JHONATAN ESTEBAN FORERO VELASQUEZ

Sexo: Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CENTRO CALLE 3 N 6-61

Fecha: 01/10/2018 18:10

### Analisis

PACIENTE QUIEN ES TRAI DO POR EL PROFESOR DEL COLEGIO POR QUE INTENTO TIRARSE DE UN SEGUNDO PISO, AL INTERROGATORIO SE EVIDENCIA PACIENTE CON LLANTO FRAGIL, CON REMORDIMIENTO, INDICA QUE PENSO QUE TENIA QUE HACER ESO YA QUE SENTIA QUE ESTABA DEFRAUDANDO A SUS PADRES, PACIENTE YA EN MANEJO CON PSICOLOGIA, QUIEN INDICA DEBE SER MANEJADO POR PSIQUIATRIA AL YA TENER UN INTENTO SUICIDA, ESTE INDICA QUE DEBE SER VALORADO POR PSIQUIATRIA POR INTENTO SUICIDA POR LO QUE SE INICIA REMISION.

SE LE EXPLICA A LOS PADRES Y PACIENTE SOBRE SUS DERECHOS Y DEBEES

SE LE EXPLICA A LOS PADRES Y PACIENTE SOBRE SU ESTADO Y DEL TRATAMIENTO A SEGUIR ENTENDE Y ACEPTA..

### PLAN

OBSERVACION

TAPON HEPARINIZADO

DIETA NORMAL

SS VALORACION POR PSIQUIATRIA POR INTENTO SUICIDA

Plan de Tratamiento

IVON NATHALIA RAMIREZ PRADA  
C.C. 1075658161  
Médico Generalista  
F.A. 1075658161

IVON NATHALIA RAMIREZ PRADA

Cedula de Ciudadania : 1075658161

PROFESIONAL DEL AREA DE LA SALUD

Nombre Firma y Sello del Medico responsable