159352 h

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



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

|   |  |                                       |                          |  |                            |   | Fech            | a: 2018/08/28 Ho                        | ora: 16:34                              |  |  |
|---|--|---------------------------------------|--------------------------|--|----------------------------|---|-----------------|---|---|--|--|
|   |  | EL PRESTADO                           |                          |  |                            |   | _               |   |   |  |  |
| Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA  |  |                                       |                          |  |                            | NIT X 891800  | 231             | -0<br>DV                                |   |  |  |
| Cédigo  | igo 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27  |                                       |                          |  |                            | 7 27 TUNIA I  |                 | *************************************** | DV                                      |  |  |
| Teléfono  | 1500190387     Dirección Prestador:   CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYA                    |                                       |                          |  |                            |   |                 |   | 12 34 7 33                              |  |  |
|   | Indicativo   |                                       |                          | ***************************************  |                            |   |                 |   |   |  |  |
|   | Inunativo  | Núm                                   | er o                     | Departamento:  | BOYACA                     |   | 15 Municipio:   | TUNJA                                   | 001                                     |  |  |
|   | OLUNIT   | EDO                                   |                          |  | OS DEL PAC                 |   |                 |   |   |  |  |
|   | QUINTERO QUINTERO  1er Apellido 2do Apellido   |                                       |                          |  |                            | MAI   |                 | FLORINDA                                |   |  |  |
| Tipo Documento de Identificación  Registro Civil  Tarjeta de Identidad  X Cédula de Ciudadanía  Cédula de Extranjería  Pasaporte  Adulto sin Identificación  Menor sin Identificación |  |                                       |                          |  |                            | 1er Nombre  2do Nombre  40034851  Número documento de Identificación  Fecha de Nacimiento: 1970-04-03 |                 |   |   |  |  |
| Dirección   | de la Resid  | encia Habitual:                       | V                        | DA LACONCEPCION  |                            |   |                 | Teléfono: 3                             | 132835928                               |  |  |
| Departan  | ento: E  | BOYACA                                |                          |  | 15                         | Municipio:  | COMBITA         |   | 15204                                   |  |  |
| ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:   NUEVA EPS-S   |  |                                       |                          |  |                            |   | Código:         | EPSS37                                  | 1.000                                   |  |  |
|   |  |                                       |                          |  |                            |   |                 |   |   |  |  |
|   | 14.1   |                                       |                          | DATOS DE LA PERSO  | NA RESPON                  | SABLE DEL P   | ACIENTE         |   | 4 19                                    |  |  |
| NO TIEN   | Ε  |                                       | NO TIE                   | NE   | NO T                       | TIENE NO TIENE  |                 |   |   |  |  |
| Re Ta   | ler Ape<br>Document<br>gistro Civil<br>rjeta de Iden<br>dula de Ciuc<br>dula de Extr | o de Identificaci<br>tidad<br>dadanía | ón                       | 2do Apellido  Pasaporte Adulto sin Iden  Menor sin Iden  |                            | 1er No  |                 | 2do Non<br>Documento Identificac        | * :                                     |  |  |
| Dirección   | de la Resid  | encia Habitual:                       |                          | The state of the s |                            |   |                 | Teléfono:                               |   |  |  |
| Departan  | Departamento:  |                                       |                          |  |                            | Municipio:  | 1               |   | .                                       |  |  |
|   |  | PR                                    | OFESIONA                 | L QUE SOLICITA LA I  | REFERENC                   |   | AL CUAL SE REM  | IITE                                    |   |  |  |
| Nombre  | MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO  |                                       |                          |  | Teléfono:                  | 98  | 7405030         |   |   |  |  |
| . 1147.11   |  |                                       |                          | ***************************************  |                            |   | Indicativo      | Número                                  | Extensión                               |  |  |
| Servicio o  | ne solicita l  | a referencia                          | Urgencia                 | s PSIQUIATRIA  |                            |   | <del> </del>    | 1 dimero                                | Extension                               |  |  |
|   |  |                                       |                          |  | N CONTRACT                 | Teléfono Celular  | ļ               |   |   |  |  |
| servicio p  | ara ei cuai s  | se solicita la ref                    | erencia                  | Hospitalización UNID   | AD SALUD                   | MENIAL  |                 |   |   |  |  |
|   | - 104  |                                       |                          | INFORMACIO   | ÓN CLÍNICA                 | RELEVANTE   |                 |   | 1                                       |  |  |
| Anamnesi  | s:   | 1 - 7                                 |                          |  |                            |   |                 |   |   |  |  |
| PACIENT   | E CON AN   | TECEDENTE I                           | DE ESQUIZ                | OFRENIA MADRE REF  | TERE EPISC                 | DIO DE AGRE   | ESIVIDAD ,      | *************************************** | *************************************** |  |  |
| Examen F  | ísico:   |                                       |                          |  |                            |   |                 |   |   |  |  |
| Neurológ<br>ALTERAC<br>IDEAS ; C  | ON DE PA   | TRON DIA NO<br>DELIRANTES             | CHE , AFEC<br>DE TIPO PE | ACTITUD DISTANTE<br>TO ANSIOSO , DE TEM<br>RSECUTORIO , IDEAS<br>ROSPECCION INCIERT  | IOR , INTEN<br>FIJAS , LEN | SIDAD HIPERT  | IMICA PENSAMIEI | NTO CON PÓBRE PRO                       | DUCCION DE                              |  |  |

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



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/28 Hora: 16:34 INFORMACIÓN DEL PRESTADOR NIT X 891800231 -0 Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA DV CC Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA Código 1500100387 7405030 Teléfono Municipio: TUNJA 001 BOYACA Indicativo Número Departamento: DATOS DEL PACIENTE FLORINDA QUINTERO MARIA **OUINTERO** 2do Nombre 2do Apellido 1er Nombre 1er Apellido Tipo Documento de Identificación 40034851 Registro Civil Pasaporte Adulto sin Identificación Tarieta de Identidad Número documento de Identificación Menor sin Identificación Cédula de Ciudadanía Fecha de Nacimiento: 1970-04-03 Cédula de Extranjería VDA LACONCEPCION Teléfono: 3132835928 Dirección de la Residencia Habitual: COMBITA 15204 15 Municipio: Departamento: ROVACA Código: EPSS37 NUEVA EPS-S ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: Resumen de la Evolución: EVOLUCIÓN Fecha: 28/08/2018 15:35 Subjetivo, objetivo y análisis: PSIQUIATRIA NOTA RETROSPECTIVA NATURAL COMBITA PROCEDENTE COMBITA ESCOLARIDAD: 5TO PRIMARIA OCUPACION: HOGAR ACOMPAÑANTE : BERENICE QUINTERO MAMA MC Y EA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA NOES DESDE HACE 10 AÑOS, NO CUENTA CON HISTORIA CLINICA , ULTIMA HOSPITALIZACION EN EL 2008, ULTIMO CONTROL HACE 18 MESES, QUIEN ESTA EN TRATAMIENTO CON LORAZEPAM TAB 1 MG VO CADA 12 HORAS, TIAMINA 300 MG DIA, ACIDO FOLICO 1 MG VO DIA Y RISPERIDONA NO RECUERDA CONCENTRACION, ESTA ULTIMA NO HA SIDO SUMINISTRADA YA QUE MADRE DE PACIENTE REFIERE" ESA RISPERIDONA NO LE HACE BIEN, SE ALOCA", QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE UN AÑO DE EVOLUCION DE APARICION PROGRESIVA DE SINTOMAS DEFICITARIOS, DADOR POR ABULIA, ANHEDONIA, DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL "ELLA NO SE BAÑA", AISLAMIENTO SOCIAL," ELLA NO HACE OFICIO NO HACE NADA, NO OBEDECE NI SIQUIERA BAÑARSE " REFIEREN ADEMAS SINTOMAS DE ANSIEDAD "TENGO MIEDO A LA GENTE, TENGO NERVIOS QUE LA GENTE LLEGUE Y LE VAYAN A DECIR A MI HIJO ALGO " " YO ME AFANO QUE MI HIJO NO LLEGUE ", INQUIETUD MOTORA, CONDUCTAS BIZARRAS. "ELLA SE HECHA AL SUELO Y SE ARRODILLA, SE DESESPERA " SOLILOQUIOS, ALT DEL PATRON DE SUEÑO .

FAMILIAR COMENTA CUADRO DE 10 AÑOS DE EVOLUCION , DONDE PRESENTA CONDUCTAS DE HETEROAGRESION , ABULIA, SALE DESCALSA A CAMINAR

MADRE DE PACIENTE REFIERE LLANTO FACIL, SENTIMIENTOS DE TRISTEZA, "LLORO POR QUE LLEGAN Y NO PUEDO DEFENDERME" TENDENCIA A LA DROMOMANIA. MADRE INFORMA QUE PTE HA RECIBIDO MANEJO CON CLOZAPINA NO RECUERDAN LAS DOSIS, " CON

- . ANTECEDENTE FAMILIAR DE EPISODIO PSICOTICO AGUDO EN HERMANO (FUE ATENDIDO EN ESTA INSTITUCION)
- ANTECEDENTES PERSONALES , MIGRAÑA . ESQUIZOFRENIA?, ANEMIA
- TRAUMATOLOGICOS: NIEGA
- FARMACOLOGICOS: LORAZEPAM 1 MG 1 CADA 12 HORAS, RISPERIDONA TAB 2MG 1 CADA 12 HORAS, CALCIO 600 MG DIA, TIAMINA 300MG DIA. ACIDO FOLICO IMG DIA
- -QUIRURGICOS : NIEGA

BUENA RESPUESTA

CUENTA CON RED DE APOYO A NIVEL FAMILIAR MADRE ES LA QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO Plan de manejo: PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA CON SU MADRE, CON HISTORIA DE ESQUIZOFRENIA NOES, CON POBRE ADHERENCIA A TTOS MEDICOS, SIN SEGUIMIENTO POR LA ESPECIALIDAD DESDE HACE 18 MESES, FAMILIAR INFORMA CUADRO CLÍNICO DE UN AÑO DE EVOLUCION DE APARICION PROGRESIVA DE SINTOMAS DEFICITARIOS, DADOR POR ABULIA, ANHEDONIA, DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL, AISLAMIENTO SOCIAL, SINTOMAS DE ANSIEDAD, INQUIETUD MOTORA, CONDUCTAS BIZARRAS, SOLILOQUIOS, ALT DEL PATRON DE SUEÑO. REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN USM PSIQUIATRIA, SE INDICA REALIZACION DE ESTUDIOS DE EXTENSION PARA DESCARTAR SUSTRATO ORGANICO, SE COMENTA CONDICION CLINICA A FAMILIARES ; NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR LAS 24 HORAS.

IDX THEODER PARTY NOTE

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



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

| INFORM   | ACIÓN DE  | L PRESTADOR                                  |   |   |                |   |                          | Fecha: 20                          | 18/08/28     | Hora:                | 16:34        |
|--|---|--|---|---|----------------|---|--------------------------|------------------------------------|--------------|----------------------|--------------|
| Nombre   | E.S.E HOSE  | PITAL SAN RAFAEL T                           | UNJA  | *************************************** |                | *************************************** | NIT CC                   | X 891800231                        |              | 1                    | -0<br>DV     |
| Código.  | 15001003  | 00100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 |   |   |                | 7 - 27 TUNJA - I                        | BOYAC                    | A                                  |              |                      |              |
| Teléfono   | 8   | 7405030                                      |   |   |                |   |                          |                                    |              |                      | A0 194 194   |
|  | Indicativo  | Número                                       | Departamento:   | BOYA                                    | ACA            |   | 15                       | Municipio: TUNJA                   | À            |                      | 001          |
|  |   |  | DATO  | S DEL                                   | PAC            | IENTE                                   |                          | JL                                 |              |                      |              |
| er een gewood  | QUINTI  | ERO  | QUINTERO  | QUINTERO                                |                | MA                                      | RIA                      | FLORI                              |              |                      |              |
| - 516  | ler Ape   | llide  | 2do Apellido  |   |                | 1er No                                  | ombre                    |                                    | 2de          | Nombre               |              |
| Tipo Documento de Identificación  Registro Civil Pasaporte 40034851  Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Número documento de Identi X Cédula de Ciudadanía Menor sin Identificación |   |  |   |   |                |   | tificación<br>1970-04-03 | 1, 4,<br>18, 5,                    |              |                      |              |
| Dirección  | de la Reside  | encia Habitual:                              | VDA LACONCEPCION  |   |                |   |                          |                                    | Teléfon      | eléfono: 3132835928  |              |
| Departam   | epartamento: BOYACA 15 Municipio: COMBITA           |  |   |   |                |   | 15204                    |                                    |              |                      |              |
| ENTIDAL  | RESPONS   | ABLE DEL PAGO:                               | NUEVA EPS-S   |   |                |   |                          | Código: EPSS3                      | 17           | 1 (4 - 4 (4)) , - 1  | MA THE COMME |
| HISTORIA   |   | JES<br>R DE ENF MENTAL<br>IA A TTOS MEDICO   | S   |   |                |   |                          |                                    | -            | 1.40                 |              |
| Diagnósti  | co:   | - 2 2 2 2 2 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4 4      |   |   |                |   |                          |                                    |              |                      |              |
| F206 ESQ<br>Z818 HIS   | UIZOFREN<br>FORIA FAM                               | IA,SIMPLE Estado: Im<br>ILIAR DE OTROS TR    | presión diagnóstica Tipo: Princ<br>ASTORNOS MENTALES Y D  | ipal<br>DEL CO                          | MPOI           | RTAMIENTO E                             | Estado: I                | mpresión diagnóstica               | Tipo: Rela   | acionado             |              |
| Motivos d  | le remisión:  |  |   |   |                |   |                          |                                    |              |                      |              |
| MEDICOS<br>DE APAR<br>AISLAMII   | E DE 48 AÑ<br>S, SIN SEGU<br>ICION PRO<br>ENTO SOCI | IIMIENTO POR LA ES<br>GRESIVA DE SINTON      | N INGRESA CON SU MADRE<br>SPECIALIDAD DESDE HACE<br>MAS DEFICITARIOS, DADOF<br>NSIEDAD, INQUIETUD MOT | 18 ME<br>R POR A                        | SES, I<br>ABUL | FAMILIAR INF<br>IA, ANHEDON             | ORMA<br>IA, DES          | CUADRO CLINICO<br>SCUIDO EN SU ASP | DE UN A      | ÑO DE EVO<br>RSONAL. | DLUCION      |
| 2012/14/21   | (5.41)  | ***************************************      | FIRMA Y REGISTRO D  | EL PRO                                  | OFES           | IONAL QUE R                             | EMITE                    | E                                  | ************ |                      | 1.590/#      |
| Fir  | ma:   |  |   | 9980an                                  |                |   |                          | Registro:                          | 962-03       |                      |              |
|  | 776511  |  |   |   |                |   |                          | registro:                          |              |                      |              |
| (1 × 10 H)   | 5. 图 点  |  |   |   |                |   |                          |                                    |              |                      |              |