



**HOSPITAL SANTA BARBARA DE VENADILLO ESE**  
**NIT. 890701010-1**  
**CrA 7 No. 6-20 (Tel:2840033)**

**Remisiones**  
**201806200182 - 1**  
 SIH/0.01/2010-01-01

**Fecha: Día: 20 Mes: 06 Año: 2018** **No. Historia Clínica: CC1106484239**

**Paciente (Datos Basicos)**

**Nombres y Apellidos** JULIETH SORELLY RIANO SANDOVAL  
**Documento de Identidad:** CC 1106484239 **Genero:** Femenino **Edad:** 21/09/1989 - 28 Ano(s)  
**Dirección:** call 6a n. 5-68 **Telefono:** 0  
**Municipio:** VENADILLO **Departamento:** Tolima **Zona:** Urbana  
**Responsable del Usuario:** ESPERANZA  
**Aseguradora:** NUEVA EPS SUBSIDIADO **Regimen:** Subsidiado POS

**Datos de las Referencias**

Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
20/06/2018	20/06/2018	URGENCIA.	MEDICINA GENERAL
Modalidad de Solicitud	Servicio al que se remite	Especialidad	
Remision	PSIQUIATRI.	PSIQUIATRI.	

**Remisión**

**Motivo:** Nivel de competencia **Medico que Remite:** JOSE FAIR ALARCON  
**Autorización:** X  
**Descripción**  
 PACIENTE REFERIDA POR COMISARIA DE FAMILIA PORQUE HA REFERIDO A SU FAMILIA QUE SE QUIERE SUICIDAR. LA PACIENTE TIENE COMO ANTECEDENTE RM MODERADO, Y DICE QUE DESDE HACE 8 AÑOS CONVIVE CON SU COMPAÑERO QUE TIENE 61 AÑOS PERO QUE HACE 3 DIAS FUE DESCUBIERTA POR EL TENIENDO RELACIONES SEXUALES CON UN VECINO POR LO CUAL LA DEJO Y ESO LA TIENE MUY TRISTE Y DEPRIMIDA Y QUE POR ESA RAZON HA PENSADO EN QUITARSE LA VIDA, AL EXAMEN FISICO SIN SIRS CARDIOPULMONAR NORMAL, ABDOMEN NO DOLOROSO, NO MEGALIAS SNC, DEPRESIVA IDX; 1. RETARDO MENTAL LEVE-MODERADO 2, TRANSTORNO DEPRESIVO 3. RIESGO DE SUICIDIO. SE EREMITE PARA VALORACION Y MANEJO ESPECIALIZADO  
**Firma y Sello**  
**Cedula:** 12233783  
**Registro Prof:**

**DX Principal :** OTROS EPISODIOS DEPRESIVOS **Código CIE:** F328

**Nivel de Competencia**

**Nivel que Remite:** 1 **Nivel al que Remite:** 2

**Hora Solicitud**

**Hora:** 20 **Minutos:** 00

**Hora Confirmación**

**Hora:** 20 **Minutos:** 00

**Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión):** XX

**Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)**

**Hora:** **Minutos:**

**Nombre del Conductor:** **No. Placa Ambulancia:**

Impreso por:

GERMAN AUGUSTO PINZON  
 ADMINISTRATIVO