

ENTIDAD REMITENTE
AVIDANTI S.A.S. - CLÍNICA AVIDANTI IBAGUÉ
ENTIDAD DESTINO
OTRO

Nro Solicitud

4340

*Fecha de Referencia

24/07/2018 04:42:49 p.m.

** No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria

Dia

Mes

Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio ☐

2. En Urgencias ☒

3. Hospitalizado ☐

Tipo de atención

1. Electiva ☐

2. Electiva prioritaria ☐

3. Urgente ☒

4. Hospitalización ☐

Identificación del paciente

Primer nombre

CARLOS

Segundo nombre

ANDRES

Primer apellido

CARDOZO

Segundo apellido

BELTRAN

Edad: Años 22 Meses 8 Días 12

Dirección residencia

MZ 34 CS 2A BRR PROTECHO TOPACIO

T.D. C.C No. Identificación

1110565016

Teléfono

3138564086

CC Cédula de ciudadanía

RC Registro civil

MSI Menor sin identificación

Sexo

Localidad

IBAGUE

TI Tarjeta identidad

PA Pasaporte

ASI Adulto sin identificación

M F

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido

CARLOS ANDRES CARDOZO BEL

Dirección residencia

Teléfono 3138564086

Afilación SGSSS

Subsidiado ☒

Clasif. Socioec.

☐

Nivel SISBEN

1 2 3 4 5-6

Población Especial

☐

Contributivo ☐

Particular

☐

No. Ficha

I. Indígena

S. IVA Social

M. Menor en protección

Entidad Administradora:

NUEVA EMPRESA PROMOT

Otro régimen:

G. Indigente

D. Desplazado

O. Otros

Solicitud de referencia

Fecha:

Dia

24

Mes

7

Año

2018

Hora:

16:42

AM PM

Edad gestacional:

Identificación de Instituciones

Nombre del procedimiento solicitado	Código del Servicio Solicitado	Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino
1					

ANAMNESIS :

EXAMEN FISICO : REGULAR ESTADO GENERAL, PACIENTE CON AGITACION PSICOMOTORA,

MUCOSA HUMEDAS ROSADAS

RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS

CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS SIN SOBREGREGADOS

ABDOMEN BLADO NO DOLORO NO MASAS PÁLPALE, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL

EXTREMIDADES PULSOS POSITIVOS LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG

GLASGOW 15/15,

HEMOGRAMA NORMAL,

FUNCION RENAL EN LIMITE SUPERIOR,

SEROLOGIA NEGATIVA,

SIGNOS VITALES :

-frecuencia cardiaca - 89 /min

-frecuencia respiratoria - 22 /min

-presión sistólica - 128 mmHg

-presión diastólica - 98 mmHg

-saturación - 94 %

-temperatura - 37 °C

RESUMEN : PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA EN MANEJO AMBULATORIO, QUIEN INGRESA ANOCHE,

TRAIDO ANOCHE POR LA POLICIA POR AGITACION PSICOMOTORA, EN RIÑA CON EL HERMANO, PACIENTE CON

HEMOGRAMA NORMAL, FUNCION RENAL NORMAL, VDRL NEGATO, PACIENTE QUIEN HA PRESENTADO PERSISTENCIA DE

AGITACION PSICOMOTORA, DEAMBULACION, SE CONSIDERA QUE ENL PACIENTE REQUIERE MANEJO POR

PSIQUIATRIA, Y DADO QUE NO CONTAMOS CON EL SERVICIO EN LA CLINICA SE INICIA PROCESO DE REMISION,

URGENTE,

EXAMENES DE LABORATORIO :

** SEROLOGÍA [PRUEBA NO TREPOMENICA] VDRL EN SUERO O LCR & * - 24/jul/18 05:02

° Serologia VDRL ->>

Serologia VDRL NO REACTIVO;

** CREATININA EN SUERO, ORINA U OTROS - 24/jul/18 04:37

° Creatinina ->>

Creatinina 1.24;

** NITRÓGENO UREICO - 24/jul/18 04:36

° Nitigeno Ureico BUN ->>

BUN 13.4;

**** HEMOGRAMA III (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECuento DE ERITROCITOS INDICES ERITROCITARIOS LEUCOGRAMA RECuento DE PLAQUETAS INDICES PLAQUETARIOS Y MORFOLOGÍA ELECTRÓNICA) AUTOMATIZADO - 24/jul/18 03:40**

º Hemograma III ->>

CCMH 31.4; Eosinofilos 2; Globulos Rojos 4.63; HCM 28.6; Hematrocito 42.2;
Hemoglobina 13.5; Leucocitos 6110; Linfocitos 44; Monocitos 4; Neutrofilos 50;
Plaquetas 132.000; VCM 91.1;

Nombre del diagnóstico		Código diagnóstico		
1	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA		F209	

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : SEDACION CON MIDAZOLAM IV

SE INDICA REMISOON PARA PSIQUIATRIA,

Motivo Referencia:

- | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Servicio no ofertado | <input type="checkbox"/> | 3. Falta de insumos | <input type="checkbox"/> | 5. Falta de camas | <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia sanitaria | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia del profesional | <input checked="" type="checkbox"/> | 4. Falla en equipos | <input type="checkbox"/> | 6. Cese de actividades | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Otro; cuál | | | | | | | |

Datos del profesional que referencia

Nombre ANDRES FERNANDO COSSIO PECCHENINO

Firma

- ☐ Médico / Odontólogo General
☐ Médico / Odontólogo Especialista

Registro 93237999

****Datos de control**

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

** Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento