

REFERENCIA

Secretaría de Salud

Subred Sur Occidente E.S.E.

Unidad de Servicios de Salud Sur

DIRECCIÓN DE DESARROLLO DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRADO DE GESTIÓN

CONTROL DOCUMENTAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

ADAPTACION DE LA SDS A LA RESOL. 4331 de 2012 - ANEXO TECNICO No. 09

Código: 114 RDO FT 622;1 V:1

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE SALUD

CÓDIGO: PSIFE750

APROBACIÓN: 12/05/2014

ÚLTIMA REVISIÓN:

VERSIÓN: 1

PÁGINA: 1 DE 2

N° de Planilla

Fecha de radicación de la Referencia

DDMMAA

DDMMAA

DDMMAA

Hora de radicación de la Referencia

Hora Militar

TIPO DE USUARIO

1. Ambulatorio

2. En Urgencias

3. Hospitalización

TIPO DE REMISION

1. Electiva

2. Electiva Prioritaria

3. Urgencias

4. Hospitalización

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Primer Nombre

ROSALBA

Segundo nombre

1er Apellido

PINZON

2do Apellido

OVALLE

Fecha de Nacimiento:

Dia

18/

Mes

2

Año

1968

SEXO

H

M

X

I

Edad: Años

50

Meses

Días

Horas

Tipo Documento

CC

N° Identificación

30206418

Dirección Residencia

Teléfono

Localidad

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo mental, Adulto mayor, Gestantes, Atención Urgente)

Nombre y Apellido

Dirección Residencia

Teléfono

AFILIACION SGSSS

Subsidiado

Contributivo

Entidad Administradora:

NUEVA EPS

Clasif. Socioec. Particular

Nivel/Categoría N° Ficha

Población Especial

I.Indigena S. IVA Social M.Menor en Protección

G. Indigente D. Desplazado

OTRO:

SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha:

Día

16

Mes

11

Año

18

Hora Militar

Edad gestacional (sem.)

Identificación de Instituciones

Nombre del Procedimiento Solicitado

Código Servicio Solicitado

CUPS

Nombre Punto de Atención Destino inicial

Código Punto de Atención Destino Inicial

Nombre Punto de Atención Destino Final

Código Punto de Atención Destino Final

1

2

3

MEDICINA INTERNA

Nivel de Atención requerido:

I Nivel

II Nivel

III Nivel

Anamnesis

PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION DE ANSIEDAD INQUIETUD MOTORA,TEMBLOR,DIAFORESIS,SENSACION DE MUERTE INMINENTE, REFIERE ESTOS SINTOMAS ALUSIVOS EN EPISODIOS DE DURACION DE APROX 5 MINUTOS. REFIERE GESTO SUICIDA AYER "SE IBA A TIRAR POR LA VENTANA", ADEMAS HA PRESENTADO INSOMNIO GLOBAL. ANTECEDENTES PAT: HIPOTIROIDISMO FX: LEVOTIROXINA 100 MCG DIA G3P3V3

Signos Vitales

TA:

115

/

65

mmHg

:

80

x min

FR:

20

x min

TC:

36

°C

PESO:

Kg

Glasgow:

15

/15

SAT SIN O2:

90

%

Examen Físico

MUCOSA ORAL HUMEDA CUELLO BOCIO C/P RSCS RITMICOS RSRs NO AGREGADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROS NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL EXT NO EDEMAS SNC EX MENTAL ALERTA DESORIENTADA PARCIALMENTE EN TIEMPOPORTE ADECUADO ACTITUD INHIBIDA GESTO CONSTREÑIDO NO IDEAS SUICIDAS NO ALUCINACIONES EN EL MOMENTO, POBRE INTROSPECCION

Resultados exámenes diagnósticos

GLICEMIA 91 CREAT 0,60 TGO45 TGP22 HEMOGRAMA LEUCO 7,69 HB 12 HCTO 39 PLAQUETAS 341 NEUTRO 70, SEROLOGIA NO REACTIVA TSH 89,99 T3 Y T4 PENDIENTE RESULTADO. EKG PENDIENTE

Nombre del Diagnóstico

1

2

3

4

TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

HIPOTIROIDISMO NO CONTROLADO TSH 89,9

Código CIE10 de Diagnóstico

F412

Tratamientos y Complicaciones

LEVOTIROXINA 200 MCG .ALPRAZOLAM 0,5 CADA 12 H SERTRALINA 50 DIA

MOTIVO REFERENCIA

1. SERVICIO NO OFERTADO

2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL

3. FALTA DE INSUMOS

4. FALTA/FALLA DE EQUIPOS

5. FALTA DE CAMAS

6. CESE DE ACTIVIDADES

7. EMERGENCIA SANITARIA

8. REQUIERE MANEJO EN OTRO NIVEL

9. AUSENCIA DE CONVENIO

10. DEVOLUCION INJUSTIFICADA

11. OTRO:

Cuál:

DATOS DEL PROFESIONAL QUE REALIZA LA REFERENCIA

Nombre

YENIFER MARTINEZ

Profesión

Especialidad

Registro

1014235681

Firma

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS/HOSPITALIZACION)

FECHA

DIA

MES

AÑO

Hora Militar

Nombre

Especialidad

Cargo

Punto de Destino Final

Funcionario de contacto

CANCELACION DE LA REFERENCIA

FECHA

DIA

MES

AÑO

Hora Militar

Nombre

Especialidad

Cargo

MOTIVO DE CANCELACION

1. FUGA DEL PACIENTE

2. FALLECIMIENTO DEL PACIENTE

3. DX NO CONCORDANTE

4. SALIDA VOLUNTARIA

5. PROBLEMAS ADMINIS. DEL ASEGURADOR

6. REMISION NO PERTINENTE

7. MEJORIA DEL PACIENTE

8. ALTA DEL PACIENTE

9. AUTORIZACION VENCIDA

10. CONDICION CLINICA/PACIENTE NO TRASLADABLE

11. AUTORIZACION DEL SERVICIO

12. MODIFICACION DE LA REFERENCIA

13. NO ACEPTACION DE LA REMISION POR PARTE DEL PACIENTE Y/O LA FAMILIA

14. ASIGNACION DE CAMA EN HOSPITALIZACION

15. OTRO:

Cuál:

Firma de quien cancela