



## SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 3

Fecha de Solicitud

9 9 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA 1068976401

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE-CHOACHI

Código Habilitación: 251810005502

Fecha de Ingreso: Cama:

09/09/2018

### DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: MARIA FERNANDA URREA RODRIGUEZ

Sexo: Femenino

Edad: Dias: 29 Meses: 9 Años: 21

Dirección Residencia: CALLE 1 # 3-18 CHOACHI

T.D. CC Nro. Identificación: 1068976401

Zona: Urbano ☒ Rural

Teléfono: 3222707652

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: CHOACHI

Seguridad Social en Salud: Contributivo

E.P.S.: EPS FAMISANAR SAS -- Ever Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S.

A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN

Nivel Socioeconómico Estr. Uno

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:

" ME TOME MEDIA BOTELLA DE ALCOHOL POR QUE ME QUIERO MORIR "

#### Enfermedad Actual:

PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA TIA ( AYDE RODRIGUEZ CC 52277881) CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE UNA HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN INGESTA DE ALCOHOL ANTISEPTICO REFIERE "MEDIA BOTELLA" PORQUE "SE QUIERE MORIR, PORQUE TIENE PROBLEMAS CON SU NOVIO, NO VE LA VIDA SIN EL, Y PORQUE PELEARON ", EN EL MOMENTO REFIER NAUSEAS, Y SENSACION DE MAREO, NO MAS SINTOMAS ASOCIADOS.

#### Antecedentes Personales:

MEDICOS

PATOLOGICOS: TRASTORNO POR EVITACION DE LA PERSONALIDAD

QX: NIEGA

FARMACOLOGICOS: NIEGA

ALERGICOS: NIEGA

G/O G1P0A1 FUM 26/08/2018

TOXICOS: CONSUMO DE ALCOHOL OCASIONAL.

#### Examen Físico:

TA: 128/84 mmHg

GLAS: 15 puntos

FC: 88 x min

PESO: 72 Kg

TALLA: 160 cm

FR: 20 x min

TEMP: 36 °C

SAT: 95 %

CAROL YINETH PENALOZA CAICEDO

Cedula de Ciudadanía : 1019107176

Medico Servicio Social Obligatorio

Nombre Firma y Sello del Medico responsable

**SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

Page 3 of 3

Fecha de Solicitud

9	9	2018
---	---	------

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA 1068976401

HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL FOMEQUE-CHOACHI

Código Habilitación:251810005502

Fecha de Ingreso: Cama:

09/09/2018

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre del Paciente: MARIA FERNANDA URREA RODRIGUEZ

Sexo: Femenino

Edad: Días: 29 Meses: 9 Años: 21

Dirección Residencia: CALLE 1 # 3-18 CHOACHI

**Analisis**


PACIENTE FEMENINA DE 21 AÑOS DE EDAD EN COMPAÑIA DE LA TIA ( AYDE RODRIGUEZ CC 52277881) CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE UNA HORA DE EVOLUCION CONSISTENTE EN INGESTA DE ALCOHOL ANTISEPTICO REFIERE "MEDIA BOTELLA" PORQUE "SE QUIERE MORIR, PORQUE TIENE PROBLEMAS CON SU NOVIO, NO VE LA VIDA SIN EL, Y PORQUE PELEARON ", EN EL MOMENTO REFIERE NAUSEAS, Y SENSACION DE MAREO, NO MAS SINTOMAS ASOCIADOS. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADO, ALERTA, ORIENTADO, CON LABILIDAD EMOCIONAL, LLANTO INUSITADO, CON ALIENTO ALCOHOLICO INYECCION CONJUNTIVAL BILATERAL, AUSCULTACION CARDIOPULMONAR NORMAL, ABDOMEN BLANDO NO DOLOROSO SIN SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, LLENADO CAPILAR DE 2 SEG, NEUROLOGICO SIN DEFICIT. SE PASA A SALA DE PROCEDIMIENTOS, SE DA ORDEN DE TOMA DE GLUCOEMTRIA 102MG/DL. PASO DE LEV, LAVADO GASTRICO CON SSN, PACIENTE CON INTENTO SUICIDIO, CON INTOXICACION ALCOHOLICA LEVE, QUIEN SE BENEFICIA DE VALORACION Y SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA, MOTIVO POR EL CUAL SE DECIDEN INICIAR TRAMITES DE REMISION, YA QUE ME ENCUENTRO EN UN CENTRO DE SALUD Y NO SE CUENTA CON ESPECIALIDAD, SE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR ENTIENDEN Y ACEPTAN CONDUCTA MEDICA.

**Plan de Tratamiento**

GLUCOMETRIA 102 MG/DL.

BOLO 1000 CC SSN CONTINUAR A 100 CC HORA

LAVADO GASTRICO CONSSN HASTA OBTENCION LIQUIDO CLARO.

**CAROL YINETH PENALOZA CAICEDO**

Cedula de Ciudadania : 1019107176

Medico Servicio Social Obligatorio

Nombre Firma y Sello del Medico responsable