E 298/7

ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

INFORM	ACIÓN DE	L PRESTADOR		ATO ESTANDARI	IZADO DE	RE	FERENCIA	DE PA		ES 'echa: 20	918/11/08 I	Hora:	14:01
Nombre	E.S.E HOSP	ITAL SAN RAFA	EL TUNJA	53	+			NIT CC	X 891	800231			-0 DV
Código	150010038	37		Dirección Prestado	r: CRA11	27	- 27 TUNJA - I	BOYAC	CA				
Teléfono	- 8	7405030	***************************************	-/		******				***************************************			
	Indicativo	Núme	ro	Departamento:	BOYAC	A		15	Municip	io: TUNJ.	A		001
				DA	TOS DEL P.	ACI	ENTE						
	SANCE	IEZ		MORENO			IR	IS			LOR	ENA	
	1er Apel	lido		2do Apellido			1er No	ombre			2do N	ombre	
Re Tar	Documento gistro Civil jeta de Ident dula de Ciud dula de Extra	adania	in		dentificación dentificación				176165137110541 197197 18		0146173 nto de Identifi miento: 199	icación 99-01-22	
Dirección	de la Reside	ncia Habitual:	C	ARRERA 9 63 A 58	2227.1111.000.000.000.000.000	2011/10172					Teléfono:	322249	9096
Departam	ento: B	OYACA	30000300000000000000000000000000000000		1	5	Municipio:	TUNJ	IA.	A-17-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-0-			15001
ENTIDAD	RESPONS	ABLE DEL PAG	GO: NUE	VA EPS-C					Códi	go: EPS0	37		
********	AA)			DATOS DE LA PERS	CONA DECE	ONIG	CADY E DEV E	ACTEN	NACE.				
NO TIENI	**************************************		NO TIE		γ		ENE	ACIE	· · · ·	INO T	TENE		
Tipo Re Tau	1er Ape	de Identificació idad adanía			dentificación dentificación	i		ombre	Núm			ombre ación	
Dirección	de la Reside	encia Habitual:									Teléfono:		
Departam	ento:	Outdoor and a state of the					Municipio:	T				-	
		PRO	FESIONA	L QUE SOLICITA L	A REFERE	NCL	A Y SERVICIO	OALC	CUALSE	REMITE			
Nombre	MUÑOZ	MENDOZA OMA					Teléfono:	1	98		7405030		
		**********************						1	ndicativo		Número		Extensión
Servicio q	ue solicita la	referencia	Urgencia	s PSIQUIATRIA				Telé	fono Celu	ılar			
Servicio p	ara el cual s	e solicita la refe	rencia	Hospitalización PS	IQUIATRIA			·		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
			***************************************	INFORMA	CIÓN CLÍN	ICA	RELEVANTI	E					

Clinica Emmoruel Sedre favabatus Or Amusa D. Cossas Dapona Johanna Neut.

Ch Selection

ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

INFORM	A CIÓN D	EL BRESTAROR						Fech	a: 2018.	/11/08	Hor	æ:	14:01
		EL PRESTADOR						_					
Nombre	E.S.E HOS	PITAL SAN RAFAEL TU	NJA				NIT CC	X 891800	231				-0 DV
Cédigo	15001003	387	Dirección Prestador:	CRA 11	27	- 27 TUNJA - I	BOYAC	A			0.0000000000000000000000000000000000000		
Teléfono	8	7405030											
	Indicative	Número	Departamento:	BOYAC	A		15	Municipio:	TUNJA				001
DATOS DEL PACIENTE													
	SANC	HEZ	MORENO			IR	IS			I	LOREN	A	
	1er Ap	ellido	2do Apellido		V1000	1er No	ombre		***************************************	26	lo Nomb	ore	
Tipo	Document	o de Identificación											
Reg	gistro Civil		Pasaporte						101914	6173			
	jeta de Ider		Adulto sin Ide				-	Número de	ocumento	de Ide	ntificac	ión	
	dula de Ciu dula de Ext		Menor sin Ide	ntificación				Fecha d	e Nacimie	nto:	1999-0	1.22	
		encia Habitual:	CARRERA 9 63 A 58						T	Teléfo		224990	96
Departame	ento:	BOYACA	· !	15	;	Municipio:	TUNJA	Α	I				15001
ENTIDAD	RESPON	SABLE DEL PAGO: N	TUEVA EPS-C		100000			Código:	EPS037				
Anamnesi	s:												
PTE CON ANETECEDENTE DE TST DEPRESIVO, TST DE ANSEIDAD , TST DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA , VENIA SIENDO TRATADA POR PSIQUIATRIA CON FLUOXETINA Y COLANEZAPEM, FUE VALORADA EN EL DIA DE HOY DR JC ALBA , QUIEN REMITE A ESTE SERVCIO PARA MANEJO INTRAHOSPITALARIO Y REMISION A USM , REFIERE INTENTO DE AUTOAGRESION HACE DOS SEMANAS AL INGERIR GRAN CANTIDAD DE MEDICACION PRESCRITA													
ANTECEDENTES MEDICOS: SOP + LO REFERIDO EL LA EA FCOLOGICOS_: LO REREFIRO EN EA, NIEGA OTROS MEDICAMENTOS QX: NIEGA ALERGIAS: PENICILINA (RASH) OCUPACION ESTUDIANTE DE BIOLOGIA 6 SEMESTRE GO: G0P0, FUR 4-10-18, PF AO, VSA +													
EF AHOR	Ą												
CC MUCOSAS HUMEDAS, NO SDR, CONJUNTIVAS NORMALES CP RS CS RS NO SOPLOS, RS RS SIN AGREGADOS PULMONARES, ADECUADA TRANSMISION DEL MURMULLO VESICULAR ABDOMEN RUIDOS INTESTINALES +, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. NO MASAS EXTREMIDADES SIMETRICAS, LLENADO CAPILAR NORMAL, ARCOS DE MOVIMIENTO CONSERVADOS NEUROLOGICO PTE CONCIENTE, ALERTA, G 15/15, NO FOCALIZACION SENSITIVA O MOTORA APARENTE													
Examen F	ísico:												
COHEREN SUICIDIO	co y Menta VTE, PENS EN EL MO O. JUICIO	AMIENTO SIN ALTERA MENTO, SENSOPERCE	TE ALERTA, ORIENTADA CIONES EN EL CURSO, II PCIÓN SIN ALTERACION ALES,DEBILITADOS , INTI	DEAS DE I IES. AFEC	DES TO	SESPERANZA MODULADO I	Y DE E	MINUSVAL DO ANSIOS	ÍA, NO II O. INTEL	DEAS D	DE MUE	RTE N	I NA

ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



		FO	MINISTERIO DE RMATO ESTANDARIZ					CIENTES				
								Fech	na: 201	8/11/08	Hora:	14:01
INFORM	ACIÓN DE	LPRESTADOR										
Nombre	E.S.E HOSF	PITAL SAN RAFAEL TU	INJA			***************************************	NIT CC	X 891800	231			-0 DV
Cédigo	15001003	87	Dirección Prestador:	CRA 11	1 27 - 27 TU	UNJA - B	1	A				
Teléfono	8	7405030										
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYAG	CA		15	Municipio:	TUNJA			001
		***************************************	DATO	OS DEL F	PACIENTE				·			
	SANCE		MORENO			IRI			<u> </u>		DRENA	
222	1er Ape		2do Apellido			1er No	mbre			Zdo	Nombre	
		o de Identificación							rans-arera			
	gistro Civil jeta de Iden	tidad	Pasaporte Adulto sin Ide	ntificación	n		-	N/Amana d	10191			
	dula de Ciuc		Menor sin Ider		55			Número d			nneacton	
Cé	dula de Extr	anjeria						Fecha d	le Nacim	iento: 1	999-01-22	2
Dirección	de la Resid	encia Habitual:	CARRERA 9 63 A 58							Teléfono	o: 322249	99096
Departam		BOYACA		1	15 Muni	icipio:	TUNJ		γ			15001
ENTIDAL	RESPONS	SABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C					Código:	EPS037	·		
PROCED OCUPAC VIVE: SO ACOMPA MC: "INT EA: PACIFICATION FOR THE PROPERTY OF TH	L: BOGOT/ ENTE: TUN IÓN: ESTUI LA	JA, BOYACÁ DIANTE UPTC BIOLOG ADRE (VÍCTOR SÁNCE CIDARME DOS VECES ENINA DE 19 AÑOS D ESIVO, TRASTORNO I SE DIO EGRESO EL 05 0.5 MG, Y COMPROMI NDO SOLA DESDE MI ERE QUE UNA SEMAN DNCILIACIÓN Y SÍNTI ALÍA Y DESESPERAN OTRO HACE I SEMAN OTRO HACE I SEMAN OTRO HACE I SEMAN ONO DESENCADENA SALIR CORRIENDO". NA DE PSIQUIATRIA, G TAB, VO, I MAÑAN, B 0. 5 MG TAB, VO, M ERSONALES:	HEZ) E EDAD CON ANTECEDER DE LA CONDUCTA ALIMEI PIO/18 CON MANEJO FARM SO CON LA FAMILIA DE C EDIADOS DE OCTUBRE. NA LUEGO DEL EGRESO C DMAS DE CORTE DEPRES ZA CON IDEAS DE MUERT NA INTENTANDO SOBREI LETAS DE CLONAZEPAM INDES "TAL VEZ EL ESTUI ACTUALMENTE REFIERE QUIEN ENVIA A URGENC A 1 AL MEDIODIA EDIA MAÑANA MEDIA MI	MACOLÓ UIDARLA OMENZÓ IVO DAD E Y SUIC DOSIS CO Y EN EL DIO, ME I 15 DÍAS I	Y RASGOS GICO CON A Y SUPE Ó A SENTIR DOS POR AI CIDIO ESTR DN CLONAZ SEGUNDO DA UN AT. SIN MANE. A HOSPITA	LIMÍTR FLUOXI RVISAR R SÍNTOI FECTO T LUCTUR ZEPAM D FLUOXI AQUE D JO FARM	OFES. ETINA MANE MAS A FRISTE ADAS. Y FLUC ETINA E ANS: MACOI	EN ESA OC. 20 MG CAD 20 MG CAD 20 S, SIN EI NSIOSOS DI ANHEDON REFIERE D OXETINA. APROX 40 IEDAD Y DE LÓGICO. EL	ASIÓN L A 12 HO MBARGO E PREDCIA, DISM OS INTE TABLET E DESESI DIA DE	A PACIEN RAS Y CI O LA PAC DMINIO N MINUCIÓN NTOS DE AS NO SO PERO, ES HOY V.	OCTURN N DE LA I SUICIDIO NO SABI ALORAD.	ACEPTÓ LA PAM TAB E IO, ENERGÍA, O UNO ATENCION ER QUE
PATOLÓG QUIRÚRG FARMAC TÓXICOS ALÉRGIC FAMILIA Plan de m. DE TRAS REMISIÓ SIN EMB MES DE I MEDIO D JESGO I	GICOS: SÍN: GICOS: NIE: GICOS: NIE: GOLÓGICOS GONSUM GOS: PENIC: RES: ABUE RACI: TORNO DE N A USM Y ARGO LA F EVOLUCIÓ E SOBRED DE AUTOA	DROME DE OVARIO I GA S: FLUOXETINA 20 MC O OCASIONAL DE AL ILINA (RASH) ELA MATERNA CA CÉ ENTE FEMENINA DE SE DIO EGRESO CON ACIENTE REFIERE Q N DE APARICIÓN DE OSIS DE MEDICAMEN GRESIÓN POR LO QUI	G CADA 12 HORAS Y CLON COHOL, CONSUMO OCAS	NTECED MENTAR ICO Y CO OCTUBR OCIADO NTOS DE	DE MARIHU DENTE DE F RIA Y RASC DMPROMIS RE VIVE SC A SÍNTOM. E AUTOAGI N PARA RE	JANA ÚJ HOSPITA GOS LIM GO POR I DLA. CO AS DEPI RESIÓN INICIO I	LTIMA LIZAC ÍTROF PARTE NSULT RESIVO SE CO DE MA	VEZ HACE TIÓN RECIEN ES. EN DICH ES. EN DICH TA POR CUA DS CON DOS ONSIDERA C NEJO FARM	6 MESES NTE EN I HA OCAS IILIA DE DRO DE S INTENT OUE LA F	HSRT COI BIÓN NO S CUIDAR APROXI TOS DE SI PACIENTE GICO. SE	N DIAGNO SE ACEPT A LA PAG MADAMI UICIDIO I B TIENE A EXPLICA	TÓ LA CIENTE. ENTE I POR ALTO

HORAS. SS PARACLINICOS DE CONTROL, DESCARTAR SUSTRATO ORGANICO

ANEXO TECNICO No.9 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037 IDA: - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN - EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE - HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALIDAD - HISTORIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - MALA RED DE APOYO Diagnóstico: - F222 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal - CA39 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO ESTADO: CONFIRMADO EN CONFIRMADO EN CONFIRMADO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO ESTADO: CONFIRMADO EN CONFIRMADO EN CONFIRMADO DE LA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO ESTADO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R636 SOBREPESO ESTADO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R636 SOBREPESO ESTADO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R637 SOBREPESO ESTADO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: CONFIRMADO REPETIDO TIPO: Relacionado - R637 SOBREPESO ESTADO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO REPETIDO DE ALIMENTOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE RAPOCION DE PRESIVO EN CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREPESIVO EN CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREPESIVO EN CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREPESIVO EN CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREPESIVO EN CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO			F	ORMATO ESTANDARIZA	ADO DE R	EFERENCIA	DE PAC		a: 201	8/11/08	Hora:	14:01
Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNIA - BOYACA Teléfono 8 7405030 Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNIA DOI BATOS DEL PACIENTE DATOS DEL PACIENTE SANCHEZ MORENO RIS LORENA 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre Tipo Documento de Identificación Registro Civil Tunida Adulto sin Identificación Número documento de Identificación Número documento de Identificación Número documento de Identificación Registro Civil Adulto sin Identificación Número documento de Identificación Registro Civil Adulto sin Identificación Número documento de Identificación Número documento de Identificación Número documento de Identificación Registro Civil Pasaporte 1019146173 10222499996 10	INFORM	ACIÓN DE	EL PRESTADOR									
Telefono 8 7405030 Telefono 9	Nombre	E.S.E HOSI	PITAL SAN RAFAEL 1	TUNJA		***************************************		891800	231			
Teléfono Society	Código	15001003	87	Dirección Prestador:	CRA 11 2	7 - 27 TUNIA - F						DV
BATOS DEL PACIENTE SANCHEZ MORENO IRIS LORENA 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre Tipo Documento de Identificación Registro Civil Adulto sin Identificación Registro Civil Pasaporte Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Registro Civil Pasaporte Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Registro Civil Registro Civil Pasaporte Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Registro Civil Registro Civil Pasaporte Cédula de Extranjeria CARRERA 9 63 A 58 Teléfone: 3222499996 Departamento: BOYACA ISONA Manicipio: TUNJA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C IOA: TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EPÍSODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE HISTORIA DE TRASTORNO DEL A DESENONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALIDAD HISTORIA DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD HISTORIA DE TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD TRASTORO BEL PAGO: NUEVA ES INI SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal Adulta RED DE APOYO DEBagnástica: FIESZ EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal Adulta RED DE APOYO DEBAGOS INSTORADA DE LE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE INSTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado ROSS SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado POSS TRASTORNO DE LA PERSONALIDA DE MOCIONALMENTE INSTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado POSS TRASTORNO DE LA PERSONALIDA DE MOCIONALMENTE INSTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado POSS TRASTORNO DE LA PERSONALIDA DE MOCIONALMENTE INSTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado POSS TRASTORNO DE LA PERSONALIDA DE MOCIONALMENTE INSTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado POSS TRASTORNO DE LA PERSONALIDA DE MOCIONALMENTE INSTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado POSS TRASTORNO DE LA PERSONALIDA DE MOCIONAL MENTE INSTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado POSS TRASTORNO DE LA POSSENTINO DE LA POSSENTINO DE POSSENTINO DE LA POSSENTINO DE POSSEN	Teléfono		·		Jeruin 2	- 27 TORUM-1					***************************************	
SANCHEZ MORENO IRIS LORENA 1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre Tipo Documento de Identificación Registro Civil Pasaporte Ingried de Identidad Adultio sin Identificación Número documento de Identificación Registro Civil Pasaporte Ingried de Identidad Adultio sin Identificación Número documento de Identificación Menor in Identificación Número documento de Identificación Technica de Extrangieria Cedula de Extrangieria Cedula de Extrangieria CARRERA 9 63 A 58 Dirección de la Residencia Habitual: CARRERA 9 63 A 58 CENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C IUA: CENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS		Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA		15 Tn	Aunicinia	TUNITA			7001
SANCHEZ MORENO IRIS LORENA	-		J			IENTE	L 15 J.	Tullicipio.	TUNJA			1001
Terrapellido Zdo Apellido Ier Nombre 2 do Nombre 1 pro Documento de Identificación Registro Civil		SANCI	HEZ		T		IS		I		PENA	
Registro Civil Tipo Documento de Identificación Registro Civil Tarique de Identifidad Adulto sin Identificación Codula de Ciudadanía Codula de Extranjería Carrera 9 da Ass		1er Ape	Ilido	2do Apellido	J				L			
Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Menor sin Identificación Número documento de Identificación Número documento de Identificación Fecha de Nacimiento: 1999-01-22	Tipo	Document	o de Identificación								TOTAL	
Tarjeta de Identidad X Cédula de Extranjeria Cedula de Extranjeria Cedula de Extranjeria CARRERA 9 63 A 58 CARRERA 9 63 A 58 Teléfono: 1999-01-22 Dirección de la Residencia Habitual: CARRERA 9 63 A 58 Teléfono: 3222499096 Departamento: BOYACA I5 Municipio: TUNJA TOMBA TOMBA TUNJA TOMBA TOMBA TOMBA TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE HISTORIA PERSONALI DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN FISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN HISTORIA DE APOYO Diagnóstico: F122 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal Z639 PROBLEMA NO ESPECICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALI DA DE MOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado 2015 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado 2015 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD ANTENCIONALMENTE ESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F100 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD BADOLONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD BADOLONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD BADOLONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD BADOLONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD BADOLONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRA	Reg	gistro Civil		Pasaporte					10101	46172		
Cédula de Extranjeria Menor sin Identificación Fecha de Nacimiento: 1999-01-22 Dirección de la Residencia Habitual: CARRERA 9 63 A 58 Departamento: BOYACA IS Municipio: TUNJA ISOUI ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C ITRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN -EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE -HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALDIAD - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALDIAD - HISTORIA PER PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN - BASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALDIAD - MALA RED DE APOYO Diagnóstico: F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal Z639 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado R633 SOBREPSEO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado R633 SOBREPSEO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALDIAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F509 TRASTORNO DE LA PERSONALDIAD EMOCIONALMENTE ENESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F509 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado FF10 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado FF10 TRASTORNO DE LA PERSONALDIAD EMOCIONALMENTE ENESTABLE ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado FF10 TRASTORNO DE LA PERSONALDIAD EMOCIONALMENTE ENESTABLE ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado FF10 TRASTORNO DE LA PERSONALDIAD EMOCIONALMENTE ESTABLE ESTADO: COnfirmado Repetido Tipo: Relacionado FF10 TRASTORNO DE LA PERSONALDIAD EMOCIONALMENTE ESTABLE ESTADO: COnfirmado Repetido Tipo: Relacionado FF10 TRASTORNO DE LA PERSONALDIAD EMOCIONALMENTE ESTABLE ESTADO: CONTINUA DE PRESIDORIA DE REPETIDORIA DE PROPERIO DE REPETIDORIA DE PROPERIO DE REPETIDORIA DE PROPERIO DE PRESIDORIA DE PROPERIO DE PROPERIO DE PRESIDORIA DE PROPERI					ntificación			Número de			finanián	
Dirección de la Residencia Habitual: CARRERA 9 63 A 58 Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNIA TOMA ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C CÓdigo: EPS037 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN - FRASTORNO DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS - ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALIDAD - HISTORIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - MALA RED DE APOYO Diagnóstico: F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal Z639 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDA EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado 2915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado TORTORIO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado Tratamientos Aplicados: FLUOXETINA TAB 20 MG VO SOBRE EL DESAYUNO, 20 MG AL MEDIO DIA CLONAZEPAM TAB 0.5 MG: 1/2 - 1/2 - 1 CADA 8 HORAS Motivos de remisión: REFERENCIA - USM PSIQUIATRÍA ADULTOS PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE RARSATORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE I MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SINTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SINTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUELDIO POR MEDIO DE SOBREDOSS DE MEDIC AMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN REQUIERE MANEJO EN USM PSIQUIATRÍA ADULTOS. FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE			130000000000000000000000000000000000000	Menor sin Iden	tificación						incacion	
Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNIA 15001 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: DEPS037 IDA: CÓDIGO: DEPRESIVO MAYOR GRAVE - FRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN - EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALIDAD - RISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALIDAD - HISTORIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - MALA RED DE APOYO Diagnóstico: - F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal - Z639 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIONO DE LA PERSONALI DA EMOCIONALMENTE INSTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIONO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIONO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIONO DE LA SUBSTIDIO DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIO RECURSOR DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIO RECURSOR DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIO RECURSOR DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIO RECURSOR DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - POSTORIO RECURSOR DE RESIONA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APACICINA DULTOS - PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE RASASTORIO DE PRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APACICION DE APARCION DE SINTOMAS				***************************************				Fecha de	Nacimi	iento: 19	999-01-22	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C ILAX: - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN - EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE - HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS - ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALIDAD - HISTORIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - MALA RED DE APPOVO Diagnóstico: F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal Z639 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P503 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P509 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P709 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P709 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P709 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P709 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P709 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P709 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P709 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado P709 TRASTORNO DE LA ROBA HORAS P709 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE P709 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE P709 TRASTORNO DE SOBREDOS DE MEDICAMENTOS. SE CONSULTA POR CUADRO DE SOBREDOS DE MEDICAMENTOS. SE			encia Habitual:	CARRERA 9 63 A 58			,			Teléfono:	322249	9096
ILIZA: - TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN - EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE - HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALIDAD - HISTORIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - MALA RED DE APOYO - Diagnóstico: - F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal - Z639 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R603 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R603 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R603 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R603 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado - R603 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado R603 TIPO: R618cionado - R603 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado R603 TIPO: R618cionado - R603 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO ESTADO: Confirmado R603 TIPO: R618cionado - R603 TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROCINADA DE PAROCINADA DE PAROCINADA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROCINADA DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE SUCIDIO DE SOBREDOS DE MEDICAMENTOS. SE CONSULTA POR CUADRO DE APROCINADA DE PRESIVOS CON DOS INTENTOS - DE SULCIDIO POR MEDIO DE SOBREDOS DE MEDICAMENTOS. SE CO				~	15	Municipio:	TUNJA					15001
- FRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN - EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE - HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN - RASGOS LIMÍTROFES DE LA PERSONALIDAD - HISTORIA DE TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA - MALA RED DE APOYO Diaguástico: F222 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal Ze39 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado C635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F635 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado Z915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F509 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado Tratamientos Aplicados: FLUOXETINA TAB 20 MG VO SOBRE EL DESAYUNO, 20 MG AL MEDIO DIA CLONAZEPAM TAB 0.5 MG: 1/2 - 1/2 - 1 CADA 8 HORAS Motivos de remisión: REFERENCIA - USM PSIQUIATRÍA ADULTOS PACIENTE FERMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE I MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SINTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SINTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUCCIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE FIEME ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN. FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE		RESPONS	SABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C				Código:	EPS037			
F322 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Principal Z639 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado R635 SOBREPESO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F603 TRASTORNO DE LA INGESTION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F509 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado Tratamientos Aplicados: FLUOXETINA TAB 20 MG VO SOBRE EL DESAYUNO, 20 MG AL MEDIO DIA CLONAZEPAM TAB 0. 5 MG: 1/2 - 1/2 - 1 CADA 8 HORAS Motivos de remisión: REFERENCIA - USM PSIQUIATRÍA ADULTOS PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SINTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SULCIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN. FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE	- HISTORI - RASGOS - HISTORI - MALA R	A PERSON LIMÍTROI A DE TRA ED DE APO	IAL DE LESIONES A FES DE LA PERSONA STORNO DE LA CON	AUTOINFLINGIDAS -ALTO RI ALIDAD	IESGO DE A	UTOAGRESIÓN	Ŋ			***************************************		
2639 PROBLEMA NO ESPECIFICADO RELACIONADO CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado Refo35 TRASTORNO DE LA PERSONALIDAD EMOCIONALMENTE INESTABLE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado 2915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado F509 TRASTORNO DE LA INGESTION DE ALIMENTOS - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado Tratamientos Aplicados: FLUOXETINA TAB 20 MG VO SOBRE EL DESAYUNO, 20 MG AL MEDIO DIA CLONAZEPAM TAB 0. 5 MG: 1/2 - 1/2 - 1 CADA 8 HORAS Motivos de remisión: REFERENCIA - USM PSIQUIATRÍA ADULTOS PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE IRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SINTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN. FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE											elem Max element	
FLUOXETINA TAB 20 MG VO SOBRE EL DESAYUNO, 20 MG AL MEDIO DIA CLONAZEPAM TAB 0. 5 MG: 1/2 - 1/2 - 1 CADA 8 HORAS Motivos de remisión: REFERENCIA - USM PSIQUIATRÍA ADULTOS PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN. REQUIERE MANEJO EN USM PSIQUIATRÍA ADULTOS. FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE	Z639 PROE R635 SOBI F603 TRAS Z915 HISTO	BLEMA NO REPESO Es STORNO D ORIA PERS	DESPECIFICADO REI stado: Confirmado Rep E LA PERSONALIDA SONAL DE LESION A	LACIONADO CON EL GRUPO etido Tipo: Relacionado .D EMOCIONALMENTE INES AUTOINFLIGIDA INTENCION	O PRIMARIO STABLE Esta IALMENTE F	DE APOYO Es do: Confirmado Estado: Confirma	tado: Impi Repetido 1 ido Repeti	resión diagr Tipo: Relac do Tipo: Re	ionado		onado	
CLONAZEPAM TAB 0. 5 MG: 1/2 - 1/2 - 1 CADA 8 HORAS Motivos de remisión: REFERENCIA - USM PSIQUIATRÍA ADULTOS PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN. REQUIERE MANEJO EN USM PSIQUIATRÍA ADULTOS. FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE	Tratamien	tos Aplicad	os:								***************************************	
REFERENCIA - USM PSIQUIATRÍA ADULTOS PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN. REQUIERE MANEJO EN USM PSIQUIATRÍA ADULTOS. FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE	FLUOXETI CLONAZE	NA TAB 20 PAM TAB	0 MG VO SOBRE EL 0. 5 MG: 1/2 - 1/2 - 1 (DESAYUNO, 20 MG AL MED CADA 8 HORAS	DIO DIA							
PACIENTE FEMENINA DE 19 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACIÓN RECIENTE EN HSRT CON DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNO DEPRESIVO, TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA Y RASGOS LIMÍTROFES. CONSULTA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 MES DE EVOLUCIÓN DE APARICIÓN DE SÍNTOMAS ANSIOSOS ASOCIADO A SÍNTOMAS DEPRESIVOS CON DOS INTENTOS DE SUICIDIO POR MEDIO DE SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS. SE CONSIDERA QUE LA PACIENTE TIENE ALTO RIESGO DE AUTOAGRESIÓN. REQUIERE MANEJO EN USM PSIQUIATRÍA ADULTOS. FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE	Motivos de	remisión:		***************************************								
	PACIENTE TRASTORM APROXIMA DE SUICID	FEMENIN NO DEPRE ADAMENT NO POR MI	A DE 19 AÑOS DE E SIVO, TRASTORNO I E 1 MES DE EVOLU- EDIO DE SOBREDOS	DAD CON ANTECEDENTE D DE LA CONDUCTA ALIMEN' CIÓN DE APARICIÓN DE SÍN SIS DE MEDICAMENTOS, SE	TARIA Y RA ITOMAS AN	SGOS LIMÍTRO SIOSOS ASOCI	OFES, CO	NSULTA P	OR CUA	ADRO DE	N DOS IN	TENTOS ÓN.
Firma: Registro: 962-03				FIRMA Y REGISTRO DE	EL PROFESI	ONAL QUE RI	EMITE			***************************************		<u>-</u>
	Firm											



e.g.e. Hospital SAN RAFAEL TUNJA

Fecha Ingreso: 2018-11-08 15:47





SANCHEZ MORENO IRIS LORENA

Historia: Edad:

Direccion:

1019146173

Genero:

19 Años

Telefono

Femenino

201811080243

OMAR HUMBERTO MUÑOZ MENDOZA

Servicio:

URGENCIAS

Cama: URG

Pagador: NUEVA EPS

Tipo de Muestra:

8800 MA		

xamen	Resultado	Unidades	Valo	ores de Referencia	
	HEMATOLOGIA				nnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnnn
HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO R	ECUENTO DE ERITROCITO	S ÍN			
RECUENTO DE BLANCOS	11.57	X10^3/uL	*	4.5 - 11	
NEUTROFILOS	66.6	%	*	35 - 66	
LINFOCITOS	25.4	%		24 - 44	
MONOCITOS	6.6	%		3 - 8	
EOSINOFILOS	0.7	%			
BASOFILOS	0.3	%			
NEUTROFILOS #	7.70	10^3/uL			
LINFOCITOS #	2.94	10^3/uL			
MONOCITOS #	0.76	10^3/uL			
EOSINOFILOS #	0.08	X10^3/uL			
BASOFILOS #	0.04	X10^3/uL			
RECUENTO DE G. ROJOS	4.67	10*6 x mm3		4 - 4.9	
HEMOGLOBINA	14.1	g/dl		12 - 15	
HEMATOCRITO.	41.2	%		36 - 44	
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	88.2	fL		80 - 100	
HB CORPUSCULAR MEDIA	30.2	pg	*	26 - 30	
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.2	g/dl		31 - 37	
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.RCV	11.8	%		35 - 55	
ANCHO DISTRIBUCION GL.ROJOS - SD	38.0				
RECUENTO DE PLAQUETAS	360	103/uL		150 - 450	
PDW	NI	fL			
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.2	fL			
OBSERVACIONES	NI				
GRANULOCITOS INMADUROS#	0.05	10^3/uL			
GRANULOCITOS INMADUROS	0.4	%		0 - 0.4	
ERITROBLASTOS#	0.00	10^3/uL			
ERITROBLASTOS	0.0	%		0 - 0	

ORGE ANDRES L SERRAND 9.P.1643 Rectoriólogo

Validado: 08/11/2018 16:10:12

3 6			