

<div><div></div><div>Secretaría de Salud Subred Sur Occidente E.S.E. Unidad de Servicios de Salud Sur</div></div>						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						<div><div><div></div><div>ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.</div><div>SECRETARIA DE SALUD</div></div><div><div></div><div></div></div></div>						CÓDIGO: PSIFE750 APROBACIÓN: 12/05/2014 ÚLTIMA REVISIÓN: VERSIÓN: 1 PÁGINA: 1 DE 2									
N° de Planilla								Fecha de radicación de la Referencia								DD		MM		AA							
								Hora de radicación de la Referencia								Hora Militar											
TIPO DE USUARIO														TIPO DE REMISION													
1. Ambulatorio 2. En Urgencias 3. Hospitalización 1. Electiva 2. Electiva Prioritaria 3. Urgencias 4. Hospitalización																											
IDENTIFICACION DEL PACIENTE																											
Primer Nombre JENNY Segundo nombre PAOLA 1er Apellido LOPEZ 2do Apellido MONTAÑA																											
Fecha de Nacimiento: Dia 8 Mes ENERO Año 1993 SEXO																											
Edad: Años 25 Meses Dias Horas														H M x I													
Tipo Documento CC N° Identificación 1014241549																											
Dirección Residencia KR 95 A 38 C 45 SUR																											
Teléfono 3219029312 Localidad KENNEDY																											
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 Clasif. Socioec. Particular Nivel/Categoría N° Ficha Población Especial I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección G. Indigente D. Desplazado OTRO:																											
Entidad Administradora: FAMISANAR																											
SOLICITUD DE REFERENCIA																											
Fecha: Día 9 Mes 8 Año 2018 Hora Militar 18+05 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																											
PSIQUIATRIA CAPS PATIO BONITO																											
Nivel de Atención requerido: I Nivel II Nivel III Nivel																											
Anamnesis																											
PACIENTE DE 25 AÑOS DE EDAD INGRESA POR CUADRO DE 2 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN HERIDA EN ANTEBRAZO BILATERAL CAUSADO CON CUCHILLA POR INTENTO SE SUICIDIO, REFIERE TENER RPROBLEMAS Y SENTIRSE MAL EMOCIONALMENTE, PRIMERA VEZ QUE LO INTENTA																											
Signos Vitales																											
TA: 122 / 88 mmHg : 87 x min FR: 20 x min TC: 36 °C PESO: Kg Glasgow: 15 /15 SAT SIN O2: 95 %																											
Examen Físico SAT CON O2: %																											
NORMOCEFALO, ESCLERAS ANICTERICAS CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, CUELLO CENTRAL MOVIL SIN MASAS NI ADENOMEGALIAS. TORAX SIMETRICO RSCS RITMICOS SIN SOPLOS RRSR CONSERVADO, SIN AGREGADOS, ABDOMEN: BLANDO, NO DOLOROSO, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES: SIMETRICAS EUTROFICAS, SIN EDEMAS. SE EVIDENCIA HERIDAS DE 2-3 CM APROXIMADAMENTE EN PARTE DISTAL DE ANTEBRAZOS, HERIDAS SUOPERFICIALES, NEUROLOGICO: PACIENTE ALERTA, ORIENTADA, DEPRIMIDA																											
Resultados exámenes diagnósticos																											
Nombre del Diagnóstico Código CIE10 de Diagnóstico																											
1 HERIDA EN ANTEBRAZO BILATERAL X780																											
2 INTENTO DE SUICIDIO																											
3																											
4																											
Tratamientos y Complicaciones																											
OBSERVACION, DIETA NORMAL. CATETER HEPARINIZADO, DIPIRONA 1 GR IV AHORA, REMISION A PSIQUIATRIA																											
MOTIVO REFERENCIA																											
1. SERVICIO NO OFERTADO X 2. AUSENCIA DEL PROFESIONAL X 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 ALEXANDRA SOTO Profesión MEDICO SSO Especialidad Registro 046/17 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																											