

545-702

ANEXO TECNICO No.9  
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/07/08 Hora: 15:49

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

DATOS DEL PACIENTE

CARO	GOMEZ	CRISTIAN	ANDRES
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1049638398	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1994-06-28	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:	CLL 2 SUR 15 99		
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S	Código:	EPSS37
		Teléfono:	3112320716
			15001

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		Número Documento Identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:			
Departamento:		Municipio:	
		Teléfono:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	ALBA MALDONADO JUAN CARLOS	Teléfono:	98	7405030	
Servicio que solicita la referencia	Hospitalización PSIQUIATRIA	Indicativo	Número	Extensión	
Servicio para el cual se solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA	Teléfono Celular			

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTO  
REFIERE FAMILIAR ACOMPAÑANTE LO TRAE POR OBSERVAR PAROXIMADAMENTE 3 DIAS DE IDEAS DE PERSECUSION Y REFIERE QUE  
ALGUIEN LE HABLA AL OIDO. INGRESA EL PACIENTE CON LLANTO LABIL, ASOCIACIONES LAXAS, ASTENIA, HIPOREXIA.  
ANTECEDENTES: MEDICOS: ESQUIZOFREINA,  
FARMACOLOGICO: RISPERIDONA 2 MG AM Y 2MG PM. CLOZAPINA 25 MG: (1/4 TA CADA NCHE). FLUOXETINA 20 MG VO CADA DIA. EN  
FORMLA MEDICA POR PSIQUIATRIA 26/6/2018. ADMINISTRADO POR EL MISMO PACIENTE - NO TOMA FLUOXETINA POR QUE SE SIENTE  
MALESTA GASTRICO

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

Fecha: 2018/07/08 Hora: 15:49

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		-0	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA
							001

**DATOS DEL PACIENTE**

CARO		GOMEZ		CRISTIAN		ANDRES	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1049638398			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1994-06-28			
Dirección de la Residencia Habitual:		CLL 2 SUR 15 99					
Departamento:		BOYACA		15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:		EPSS37	

**Examen Físico:**

Neurológico y Mental  
Neurológico y Mental: Anormal, ALERTA, EN COMPAÑIA DE HERMANO, EN ADECUADAS CONDIICONES GENERALES, ALIÑADOM PENSAMIENTO ALTERADO, ALTERACION EN LA SENSOPERCEPCION ALUCIONACIONES AUDITIVAS COMPLEJAS REFERENCIAL HACIA SUS HERMANOS BLOQUEOS ASOCIACIONES LAXAS PERPLEJIDAD JUICIO DEBILITADO INSTROSPECCION NULA, JUICIO DE REALIDAD ALTERADO

## ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/07/08 Hora: 15:49

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA NIT ☒ 891800231 -0  
CC ☐ DV

Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA  
Teléfono 8 7405030  
Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

## DATOS DEL PACIENTE

CARO GOMEZ CRISTIAN ANDRES  
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

## Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte  
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación  
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación  
☐ Cédula de Extranjería

1049638398

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1994-06-28

Dirección de la Residencia Habitual: CLL 2 SUR 15 99 Teléfono: 3112320716

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S Código: EPSS37

## Resumen de la Evolución:

## EVOLUCIÓN

Fecha: 08/07/2018 12:55

Subjetivo, objetivo y análisis: \*\*\*RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA\*\*\*\*

ACOMPAÑANTE: HERMANO ( JAIME CARLOS GOMEZ)

CONVIVE CON: PROGENITORA Y 2 HERMANOS, 1 DE ELLOS CON SINDROME DE DOWN

OCUPACION: CESANTE

PROCEDENTE: TUNJA

MC" DICEN QUE LE HABLAN"

EA: PACIENTE MASCULINO 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE , EPISODIO DEPRESIVO, HISTORIA PERSONAL DE AUTOAGRESION EN MANEJO CON RISPERIDONA 2 MG AM Y 2MG NOCHE . CLOZAPINA 25 MG 1/4 TA CADA NOCHE S INSOMNIO Y FLUOXETINA 20 MG VO CADA DIA AL PARECER POCO ADHERENTE AL TTO. ULTIMO CONTROL POR PSIQUIATRIA EL 26/06/2018. REFIERE NO TOMA FLUOXETINA POR HIPERFAGIA; ULTIMA HOSPITALIZACION EN ESTA INSTITUCION EL 04/12/2016 REMITIDO AL CRIB NO DAN DATOS DE CUANTO TIEMPO DURO EN LA DICHA HOSPITALIZACION. INGRESA EL HOY POR CUADRO CLINICO DE 6 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ALUCINACIONES AUDITIVAS DE PREDOMINIO EN LA NOCHE "ME PONEN UNA MISMA CANCION CADA VEZ QUE ESTOY ACOSTADO O SIN HACER NADA" NO CONDUCTAS DE AUTOAGRESION O HETEROAGRESION HACIA FAMILIARES, REFIERE INESTABILIDAD EMOCIONAL CON LLANTO LABIL" POR TODO LO QUE ME PASA, LOS DIAS SE ME HACEN CORTOS" EN EL MOMENTO CON IDEAS DE MUERTE "PIENSO EN COLGARME, ME HAN DICHO QUE UNO TIENE QUE DARSELAS DE JUECES PARA LA PROPIA VIDA" NO ALTERACION EN PATRON DEL SUEÑO. EEP MAMA CON CA

## ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: NIEGA

FARMACOLOGICOS: DESCRITOS EN LA ENFERMEDAD ACTUAL

QUIRURGICOS: NIEGA

TOXICOS: NIEGA

ALERGICOS: NIEGA

FAMILIARES PSIQUIATRICOS: HERMANA CON EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS

Plan de manejo: PACIENTE CON HISTORIA DE ENFERMEDAD MENTAL CON ULTIMA HOSPITALIZACION EN USM EN CRIB HACE DOS AÑOS, EL DIA DE HOY INGRESA POR ALT EN LA SENSOPERCEPCION ADEMAS DE SINTOMAS DEPRESIVOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO IRREGULAR CON ANTIDEPRESIVO SECUNDARIO A EFECTOS ADVERSOS, Y SINTOMAS PSICOTICOS ACTIVOS SE DESCONOCE SI SIGUE EL REGIMEN RTERAPEUTICO CON RIESGO DE AUTOAGRESION QUE MAERITA MANEJO HOSPITALARIO.

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

Fecha: 2018/07/08 Hora: 15:49

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

**DATOS DEL PACIENTE**

CARO	GOMEZ	CRISTIAN	ANDRES
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Registro Civil                  | <input type="checkbox"/> Pasaporte                 |
| <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad            | <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación  |
| <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería           |  |

1049638398

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1994-06-28

Dirección de la Residencia Habitual:		CLL 2 SUR 15 99			Teléfono:		3112320716
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001		
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:				NUEVA EPS-S	Código:	EPSS37	

**Diagnóstico:**

F209 ESQUIZOFRENIA - NO ESPECIFICADA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal  
M545 LUMBAGO NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado  
F339 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

**Motivos de remisión:**

REFERENCIA  
REMISION A USM

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

Firma:

Registro: 151631-2004