

424325

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/28 Hora: 16:34

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

QUINTERO		QUINTERO		MARIA		FLORINDA	
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			40034851			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 1970-04-03			
Dirección de la Residencia Habitual:		VDA LA CONCEPCION				Teléfono: 3132835928	
Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	COMBITA		15204
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:	EPSS37		

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							
<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			Número Documento Identificación			
Dirección de la Residencia Habitual:						Teléfono:	
Departamento:			Municipio:				

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO		Teléfono:	98	7405030
			Indicativo	Número	Extensión
Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA		Teléfono Celular		
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL				

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA MADRE REFIERE EPISODIO DE AGRESIVIDAD ,

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, PACIENTE CON ACTITUD DISTANTE ALERTA CONSIENTE ORIENTADA , EUPROSEXICA , CON SUEÑO CON ALTERACIÓN DE PATRON DIA NOCHE , AFECTO ANSIOSO , DE TEMOR , INTENSIDAD HIPERTIMICA , PENSAMIENTO CON PÓBRE PRODUCCION DE IDEAS ; CON IDEAS DELIRANTES DE TIPO PERSECUTORIO , IDEAS FIJAS , LENGUAJE DISARTRICO , INQUIETUD MOTORA CONDUCTA BIZARRA , INTROSPECCION NULA , JUICIO DESVIADO, PROSPECCION INCIERTA.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/28 Hora: 16:34

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

QUINTERO	QUINTERO	MARIA	FLORINDA												
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre												
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td>40034851</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> <td>Número documento de Identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> <td>Fecha de Nacimiento: 1970-04-03</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	40034851	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1970-04-03	<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	40034851													
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación													
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1970-04-03													
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería															
Dirección de la Residencia Habitual:	VDA LACONCEPCION		Teléfono: 3132835928												
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: COMBITA 15204												
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S		Código: EPSS37												

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 28/08/2018 15:35
Subjetivo, objetivo y análisis: PSIQUIATRIA NOTA RETROSPECTIVA
NATURAL COMBITA
PROCEDENTE COMBITA
ESCOLARIDAD : STO PRIMARIA
OCUPACION : HOGAR
ACOMPAÑANTE : BERENICE QUINTERO MAMA

MC Y EA
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA NOES DESDE HACE 10 AÑOS, NO CUENTA CON HISTORIA CLINICA , ULTIMA HOSPITALIZACION EN EL 2008, ULTIMO CONTROL HACE 18 MESES , QUIEN ESTA EN TRATAMIENTO CON LORAZEPAM TAB 1 MG VO CADA 12 HORAS , TIAMINA 300 MG DIA , ACIDO FOLICO 1 MG VO DIA Y RISPERIDONA NO RECUERDA CONCENTRACION , ESTA ULTIMA NO HA SIDO SUMINISTRADA YA QUE MADRE DE PACIENTE REFIERE " ESA RISPERIDONA NO LE HACE BIEN , SE ALOCA " , QUIEN PRESENTA CUADRO CLINICO DE UN AÑO DE EVOLUCION DE APARICION PROGRESIVA DE SINTOMAS DEFICITARIOS , DADOR POR ABULIA , ANHEDONIA , DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL " ELLA NO SE BAÑA " , AISLAMIENTO SOCIAL , ELLA NO HACE OFICIO NO HACE NADA , NO OBEDECE NI SIQUIERA BAÑARSE " REFIEREN ADEMAS SINTOMAS DE ANSIEDAD " TENGO MIEDO A LA GENTE , TENGO NERVIOS QUE LA GENTE LLEGUE Y LE VAYAN A DECIR A MI HIJO ALGO " " YO ME AFANO QUE MI HIJO NO LLEGUE " , INQUIETUD MOTORA , CONDUCTAS BIZARRAS , " ELLA SE HECHA AL SUELO Y SE ARRODILLA , SE DESESPERA " SOLILOQUIOS , ALT DEL PATRON DE SUEÑO .
MADRE DE PACIENTE REFIERE LLANTO FACIL , SENTIMIENTOS DE TRISTEZA , " LORO POR QUE LLEGAN Y NO PUEDO DEFENDERME " TENDENCIA A LA DROMOMANIA . MADRE INFORMA QUE PTE HA RECIBIDO MANEJO CON CLOZAPINA NO RECUERDAN LAS DOSIS , " CON BUENA RESPUESTA .

FAMILIAR COMENTA CUADRO DE 10 AÑOS DE EVOLUCION , DONDE PRESENTA CONDUCTAS DE HETEROAGRESION , ABULIA , SALE DESCALSA A CAMINAR

- ANTECEDENTE FAMILIAR DE EPISODIO PSICOTICO AGUDO EN HERMANO (FUE ATENDIDO EN ESTA INSTITUCION)
- ANTECEDENTES PERSONALES , MIGRAÑA . ESQUIZOFRENIA? , ANEMIA
- TRAUMATOLOGICOS : NIEGA
- FARMACOLOGICOS : LORAZEPAM 1 MG 1 CADA 12 HORAS , RISPERIDONA TAB 2MG 1 CADA 12 HORAS , CALCIO 600 MG DIA , TIAMINA 300MG DIA , ACIDO FOLICO 1MG DIA
- QUIRURGICOS : NIEGA

CUENTA CON RED DE APOYO A NIVEL FAMILIAR . MADRE ES LA QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO
Plan de manejo: PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD , QUIEN INGresa CON SU MADRE , CON HISTORIA DE ESQUIZOFRENIA NOES , CON POBRE ADHERENCIA A TTOS MEDICOS , SIN SEGUIMIENTO POR LA ESPECIALIDAD DESDE HACE 18 MESES , FAMILIAR INFORMA CUADRO CLINICO DE UN AÑO DE EVOLUCION DE APARICION PROGRESIVA DE SINTOMAS DEFICITARIOS , DADOR POR ABULIA , ANHEDONIA , DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL , AISLAMIENTO SOCIAL , SINTOMAS DE ANSIEDAD , INQUIETUD MOTORA , CONDUCTAS BIZARRAS , SOLILOQUIOS , ALT DEL PATRON DE SUEÑO . REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN USM PSIQUIATRIA , SE INDICA REALIZACION DE ESTUDIOS DE EXTENSION PARA DESCARTAR SUSTRATO ORGANICO , SE COMENTA CONDICION CLINICA A FAMILIARES ; NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO DE UN FAMILIAR LAS 24 HORAS .

IDX

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/28 Hora: 16:34

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

QUINTERO

QUINTERO

MARIA

FLORINDA

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

40034851

Número documento de Identificación

☐ Cédula de Extranjería

Fecha de Nacimiento: 1970-04-03

Dirección de la Residencia Habitual:

VDA LA CONCEPCION

Teléfono: 3132835928

Departamento: BOYACA

15

Municipio:

COMBITA

15204

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S

Código: EPSS37

ESQUIZOFRENIA NOES

HISTORIA FAMILIAR DE ENF MENTAL

POBRE ADHERENCIA A TTOS MEDICOS

Diagnóstico:

F206 ESQUIZOFRENIA SIMPLE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal

Z818 HISTORIA FAMILIAR DE OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:

REFERENCIA

PACIENTE DE 48 AÑOS DE EDAD, QUIEN INGRESA CON SU MADRE, CON HISTORIA DE ESQUIZOFRENIA NOES, CON POBRE ADHERENCIA A TTOS MEDICOS, SIN SEGUIMIENTO POR LA ESPECIALIDAD DESDE HACE 18 MESES, FAMILIAR INFORMA CUADRO CLINICO DE UN AÑO DE EVOLUCION DE APARICION PROGRESIVA DE SINTOMAS DEFICITARIOS, DADOR POR ABULIA, ANHEDONIA, DESCUIDO EN SU ASPECTO PERSONAL, AISLAMIENTO SOCIAL, SINTOMAS DE ANSIEDAD, INQUIETUD MOTORA, CONDUCTAS BIZARRAS, SOLILOQUIOS, ALT DEL PATRON DE SUEÑO. REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITA

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03