



|  |                                     |                   |  |
|--|-------------------------------------|-------------------|--|
|  <div>Secretaría de Salud<br/>Subred Integrada de Servicios de Salud<br/>Sur Occidente E.S.E.</div> | AAU-202-DE-FT-062                   | Página 1 de 1     |  <div>ALCALDÍA MAYOR<br/>DE BOGOTÁ, D.C.<br/>Secretaría<br/>Salud</div> |
|  | SOLICITUD DE SERVICIOS - REFERENCIA | Versión: 02       |  |
|  |                                     | Fecha: 2007-03-22 |  |

Fecha de Radicación de la Referencia:

Nro de Solicitud: 2PV10-71423

Nro de Verificación:

|                  |           |                  |           |
|------------------|-----------|------------------|-----------|
| TIPO DE USUARIO: | URGENCIAS | TIPO DE REMISION | URGENCIAS |
|------------------|-----------|------------------|-----------|

IDENTIFICACION DEL USUARIO

Primer Apellido

Segundo Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Sexo

GOMEZ

REMIGIO

PAULA

ANDREA

Femenino

Edad

12 Año(s)

Dirección Residencia

T. D.:

TI

Nro Identificación:

1012341440

Teléfono:

0317797046

Localidad:

BOSA

PERSONA RESPONSABLE (Menor de Edad, Usuarios con alteración del estado de conciencia, Usuarios con retardo Mental, Adulto Mayor, Gestante, Atención Urgente)

Nombre(s) y Apellido(s)

ANA ROSA REMIGIO

Dirección Residencia:

CRA 13 # 12-37

Teléfono:

0317797046

AFILIACION SGSSS

Régimen:

CONTRIBUTIVO

Administradora:

EPS SANTAS

SOLICITUD DE REFERENCIA

Fecha: Día 2 Mes 11 Año 2018

Hora: 18:58

Edad Gestacional: 0

Nivel de Atención

Identificación de Instituciones

| Nombre del Procedimiento Solicitado | Código Servicio Solicitado | Nombre Punto de Atención Destino Inicial | Código Punto de Atención Destino Inicial | Nombre del Punto de Atención Destino Final | Código Punto de Atención Destino Final |
|-------------------------------------|----------------------------|--|--|--|--|
| PSIQUIATRIA PEDRIATRICA             | 01059                      | Hospital Pablo VI Bosa                   | 2PVO1                                    |  |  |
|                                     |                            |  |  |  |  |

Anamnesis

PACIENTE DE 12 AÑOS DE EDAD QUIEN INGRESA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE QUIEN REFIERE SER REMITIDA POR EL COLEGIO POR EVIDENCIAR LESIONES AUTOINFLINGIDAS EN MUÑECA ANTERIOR DERECHA, MEDICO DE TURNO REMITE A TRABAJO SOCIAL QUIEN CONSIDERA NECESARIO HOSPITALIZAR PARA VALORACION POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA. POSTERIORA A CONCEPTO SE REVALORA A PACIENTE EVDNCIANDO DIFICULTAD PARA RESOLUCION DE PROBLEMAS, SIN PENSAMIENTO ESTRUCTURADOSDE IDEACION SUICIDA PERO SI AFECTACION DIRECTA AL MENCIONAR ABANDONO POR PARTE DE SU PADRE REFLEJANDOLO EN SU CAMBIO DE COMPORTAMIENTO Y ASPECTO TRISTE AL TOCAR EL TEMA. POR LO CUAL SE INDICA PROCESO DE HOSPITALIZACION, VALORACION POR PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA CON EL FIN QUE DETERMINEN INTERVENCION REQUERIADA. AL EXAMEN FISICO SE ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, AFEBRIL, HIDRATADA, SIN ALTERACION EN EL EXAMEN FISICO. SE EXPLCIA A MADRE Y PACIENTE MANEJO QUIENES REFIEREN ENTENDER Y ACEPTAR.

Exámen Físico

PA: 90/50 FC: 80 FR: 18 T: 36° SATO: 96 %

CABEZA: NORMOCEFALA, SIMETRIA FACIAL  
OJOS: CONJUNTIVAS NORMORCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, ISOCORIA NORMOREACTIVA  
ORL: MUCOSA ORAL HUMEDA, OROFARINGE ROSADA, AMIGDALAS SIN PLACAS  
CUELLO: SIMETRICO, NO MASAS, NO INGURGITACION YUGULAR.  
TORAX: SIMETRICO CON ADECUADA EXPANSIBILIDAD, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS. NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA  
ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO MASAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. PUÑO PERCUSION BILATERAL GENITOURINARIO: NO SE EXPLORAN.  
TACTO VAGINAL: NO SE REALIZA .  
EXTREMIDADES: SE EVIDENCIAN 3 LESIONES INCISIVAS EN REGION DE MUÑECA ANTERIOR DE MANEO IZQUIERDA. DEMAS EXTREMIDADES LIBRES DE LESION. SIMETRICAS, SIN EDEMA, ADECUADA PERFUSION DISTAL, PULSOS PRESENTES 2/3, ARCOS DE MOVILIDAD CONSERVADOS  
NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA EN 3 ESFERAS, MOVIENTOS, FUERZA 5/5 EN LAS 4 EXTREMIDADES, SENSIBILIDAD CONSERVADA.

Resultados exámen diagnóstico



|  |  |                        |   |  |   |
|--|--|------------------------|---|--|---|
| SE SOLICITAN   |  |                        |   |  |   |
| Nombre del Diagnóstico   |  | Código del Diagnóstico |   |  |   |
| 1.   | LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE POR OBJETO CORTANTE: LUGAR NO ESPECIFICADO | X                      | 7 | 8  | 9 |
| 2.   |  |                        |   |  |   |
| 3.   |  |                        |   |  |   |
| 4.   |  |                        |   |  |   |
| Tratamiento  |  |                        |   |  |   |
| INDICACIONES<br>ACOMPAÑAMIENTO CONSTANTE<br>CABECERA LEVANTADA A 30%<br>DIETA NORMAL PARA LA EDAD<br>SS/ HEMOGRAMA, UROANALISIS , GRAM, VDRL, PRUEBA DE EMBARAZO<br>REMISION PARA PSICOLOGIA Y PSIQUIATRIA |  |                        |   |  |   |
| Complicaciones   |  |                        |   |  |   |
| DEPRESION MAYOR INTENTO DE SUICIDIO  |  |                        |   |  |   |
| MOTIVO REFERENCIA  |  | SERVICIO NO OFERTADO   |   |  |   |
| DATOS DEL PROFESIONAL QUE REFERENCIA   |  |                        |   |  |   |
| Nombre JUANITA CORTES HERNANDEZ  |  | PROFESIONAL GENERAL    |   | Nombre y Apellido del profesional que acepta la remisión<br>(Para remisiones Urgentes / Hospitalización) |   |
| Firma  |  | Registro               |   |  |   |

Impresion No: 1