

SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

ENTIDAD REMITENTE

UNION TEMPORAL CRITICAL CARE GROUP

ENTIDAD DESTINO

<Otro>

Nro Solicitud

5855

*Fecha de Referencia

13/07/2018 09:21:36 a.m.

** No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria

Día Mes Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio ☐

2. En Urgencias ☐

3. Hospitalizado ☒

Tipo de atención

1. Electiva ☐

2. Electiva prioritaria ☐

3. Urgente ☐

4. Hospitalización ☒

Identificación del paciente

Primer nombre

Segundo nombre

Primer apellido

Segundo apellido

RICARDO

GIRALDO

CASTRO

Edad: Años 52 Meses 1 Días 22

Dirección residencia CALLE 3 # 9-46 SAN RAFAEL

T.D. C.C No. Identificación 10273211

Teléfono 3222017552

CC Cédula de ciudadanía

RC Registro civil

MSI Menor sin identificación

Sexo

Localidad

ESPINAL

TI Tarjeta identidad

PA Pasaporte

ASI Adulto sin identificación

☒ M ☐ F

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido

WILSON HUMBERTO PALMA

Dirección residencia

Teléfono 3154671650

Afiliación SGSSS

Subsidiado ☒

Clasif. Socioec. ☐

Nivel SISBEN

1 2 3 4 5-6

Población Especial

☐

Contributivo ☐

Particular ☐

No. Ficha

I. Indígena

S. IVA Social

M. Menor en protección

Entidad Administradora:

NUEVA EPS SA

Otro régimen:

G. Indigente

D. Desplazado

O. Otros

Solicitud de referencia

Fecha:

Día

13

Mes

7

Año

2018

Hora:

9:21

AM PM

Edad gestacional:

Nombre del procedimiento solicitado		Código del Servicio Solicitado	Identificación de Instituciones			
			Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino Final
1	CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO POR MEDICINA ESPECIALIZADA					

ANAMNESIS : Remitido de HSR de espinal por falla respiratoria

Paciente el cual acude a hospital local traído por familiar quien comenta ingesta de plaguicida LOSBAN realizando en el servicio de urgencia aumento del trabajo respiratorio con evidencia de claudicación por lo que realizan intubación orotraqueal se realizó administración de carbón activado y es traído.

Segun comenta medico de urgencia paciente se encuentra con manejo con infectologia por VHI

EXAMEN FISICO : EXAMEN FISICO

Paciente en mal estado general con TOT permeable 7.5 con rnsiones arteriales controladas

T/A: 145/84 mmHg, FC: 112 x min, FR :26 x min por ambú TC: 37.2 °c Sat O2: 96% a FIO2: 50%,

C.C.C: Normocefalo pupilas midriaticas cuello móvil no adenopatias sonda a dren libre nasogástrica con evacuación de líquido oscuro

C/P: Tórax: tatuaje en región pectoral derecha simétrico ruidos taquicardicos sin soplos pulmones no agregados

ABD: Sin distensión perístasis+ dolor

EXT: Eutróficas sin edema pulsos periféricos presentes llenado capilar < 2 seg no hipoperfusión.

RESUMEN : Paciente masculino de 52 años de edad quien con diagnósticos de Síndrome intermedio, Intoxicación por órganos

fosforados, Intento de suicidio, VHI positivo en tratamiento, quien requiere de continuar manejo en centro médico que cuente con el servicio de psiquiatría

Gracias

EXAMENES DE LABORATORIO :

Nombre del diagnóstico		Código diagnóstico	
1	ENFERMEDAD POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH), SIN OTRA ESPECIFICACION	B24X	
2	INSUFICIENCIA RESPIRATORIA, NO ESPECIFICADA	J969	
3	EFFECTOS ADVERSOS DE AGENTES ANTICOLINESTERASA	Y510	

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : ANALISIS Y PLAN ///

Paciente masculino de 52 años de edad cursando día 4 de estancia en la unidad de cuidados intermedios, en tramites de remision para valoración por Psiquiatría para continuar el manejo medico, una vez module tiempo de riesgo de sx intermedio, bajo monitoria continua multisistémica, con alto riesgo de arritmia maligna, choque, actualmente con evolucion estable, lenta a la mejoría, hemodinámicamente estable, normocárdico, normotenso, sin requerir vasoactivos, sin dificultad respiratoria, sin requerir ventilación mecanica, afebril, con buen control glucometrico, tolerando la dieta oral, buen gasto urinario, considerando pronostico reservado.

Se continua igual manejo medico x el momento.

Motivo Referencia:

1. Servicio no ofertado ☐

3. Falta de insumos ☐

5. Falta de camas ☐

7. Emergencia sanitaria ☐


2. Ausencia del profesional ☐

4. Falla en equipos ☐

6. Cese de actividades ☐

8. Otro; cuál

Datos del profesional que referencia

Nombre	RAFAEL TATIS KESIE	<input type="checkbox"/>	Médico / Odontólogo General
Firma		<input type="checkbox"/>	Médico / Odontólogo Especialista
		Registro	1995

**Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

** Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento