

## ANEXO TECNICO No. 9

### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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



**Consecutivo interno:** 28257 **Fecha de realizacion de la Referencia:** lunes, 11 de febrero de 2019 3:30 p. m.

#### INFORMACION DEL PRESTADOR

**Nombre:** EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN RAFAEL DE FUSAGASUGA **NIT:** 890.680.025 - 1  
**Codigo:** 252.900.003.601 **Direccion del prestador:** Trans. 12 No. 22 -51 Barr San Mateo **Telefono:** 873 - 3000  
**Departamento:** Cundinamarca **Municipio:** Fusagasuga **Número de Ingreso a la institución:** 1779720 **Fecha de ingreso:** 11/02/2019

#### DATOS DEL PACIENTE

AGUILAR	ALBA	CARLOS	
<b>1ER APELLIDO</b>	<b>2DO APELLIDO</b>	<b>1ER NOMBRE</b>	<b>2DO NOMBRE</b>
Tipo de Documento:	Cédula_Ciudadania	No. Documento de Identidad:	10220895
Fecha de nacimiento:	1951-06-28	Edad en Años	67
Telefono:	8718696	Departamento:	CUNDINAMARCA
Municipio:	FUSAGASUGA	Entidad responsable de pago:	NUEVA EPS S.A.
Direccion de Residencia:	CALLE 9 N 22-13	Regimen	Contributivo
Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo Evento:	

#### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

A	A	A	A
<b>1ER APELLIDO</b>	<b>2DO APELLIDO</b>	<b>1ER NOMBRE</b>	<b>2DO NOMBRE</b>
Tipo de Documento:	Cédula_Ciudadania	No. Documento de Identidad:	A
Telefono:	A	Departamento:	CUNDINAMARCA
Municipio:	FUSAGASUGA	Direccion de residencia:	A

#### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

<b>Nombre:</b>	BEDOYA FUENTES ADRIANA CATALINA	<b>Telefono celular:</b>		<b>Telefono:</b>	873 - 3000
<b>Servicio que solicita el servicio:</b>	Urgencias				
<b>Servicio para el cual se solicita la referencia:</b>	Urgencias				

#### INFORMACION CLINICA RELEVANTE

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fecha y resultado de exámenes, auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar el profesional tratante de firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional. RECUERDE DILIGENCIAR EL FORMATO DE SOLICITUD DE AMBULANCIA.

**Motivo Consulta:** ESTOY CON UNA CRISIS NERVIOSA, NO PUEDO DORMIR

**Enfermedad Actual:** PACIENTE MASCULINO DE 67 AÑOS DE EDAD CON CUADRO DE 8 DIAS DE PRESENTAR SENSACION DE NERVIOS ASOCIADO A INSOMNIO, CEFALEA, GANAS DE LLORAR, REFIERE QUE PACIENTE EN EL MOMENTO EN COMPAÑIA DE LA NUERA REFIERE QUE DICE MUCHAS COSAS QUE NO SON CIERTAS, QUE INVENTA QUE LA ESPOSA ESTA CON MUCHOS HOMBRES. REFIERE QUE HACE 40 AÑOS PRESENTO ENFERMEDAD MENTAL Y ESTUVO HOSPITALIZADO EN CLINICA LA PAZ. NIEGA OTRAS PATOLOGIAS DE BASE O ALERGIAS. EL DIA DE AYER CONSULTO A MEDICO EN SAN BERNARDO EN DONDE LE INDICARON GOTAS DE PASIFLORA.

**Antecedentes:** ENFERMEDAD MENTAL HACE 40 AÑOS CON HOSPITALIZACION EN CLINICA LA PAZ

**Examen Físico:** PACIENTE CONCIENTE, ALERTA, NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCORICAS NORMOCROMICAS Y NORMOREACTIVAS, CUELLO MOVIL SIN MASAS NI MEGALIAS, MUCOSA ORAL HUMEDA. TORAX SIMETRICO RSRS PRESENTES SIN AGREGADOS, RSCS RITMICOS, REGULARES SIN SOPLOS NI AGREGADOS. ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMA. LLENADO CAPILAR ADECUADO. NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO APARENTE. NO SIGNOS MENINGEOS, MENTAL: PACIENTE LOGORREICO, SE EVIDENCIA AGRESIVIDAD, INTROSPECCION Y PROSPECCION NULA

**Signos Vitales:** TA: 125/62 | FC: 85 x Min | FR: 16 x Min | GlasGow: 15 / 15 | TC: 36,5000 | Peso: 0,0000

**Ginecobstétricos:** G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0

Tiempo Evolución: 0 min      TV Dilatación: 0      Borramiento: 0      Estación: 0      ☐ Cefalico

**Resultados Exámenes**

**Diagnósticos:**

**Motivo Remisión:** Falta\_Cama\_IPS\_Remite

**Descripción Motivo:** PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON CUADRO DE TRASTORNO PSICOTICO AGUDO, EN EL MOMENTO DESCOMPESADO CON FASCIES DE RABIA, CON ALTO RIESGO DE HETEROAGRESION, SE INDICA MANEJO MEDICO, SE SOLICITAN PARACLINICOS, SE PASA A OBSERVACION Y SE INICIA TRAMITE DE REMISION A PSIQUIATRIA, SE SOLICITA AMBULANCIA BASICA.

**Servicio que Remite:** Urgencias      **Descripción:**

**Servicio Remitido:** Urgencias      **Descripción:**

**Resumen H.Clínica:** PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ESTABLE HEMODINAMICAMENTE CON CUADRO DE TRASTORNO PSICOTICO AGUDO, EN EL MOMENTO DESCOMPESADO CON FASCIES DE RABIA, CON ALTO RIESGO DE HETEROAGRESION, SE INDICA MANEJO MEDICO, SE SOLICITAN PARACLINICOS, SE PASA A OBSERVACION Y SE INICIA TRAMITE DE REMISION A PSIQUIATRIA, SE SOLICITA AMBULANCIA BASICA.

**Fecha Confirmación:**      **Fecha Salida:**

**DIAGNÓSTICOS**

CÓDIGO	NOMBRE
F233	OTRO TRASTORNO PSICOTICO AGUDO, CON PREDOMINIO DE IDEAS DELIRANTES

**SERVICIOS**

CÓDIGO	NOMBRE
39143K	CONSULTA ESPECIALIZADA - PSIQUIATRIA

CataB.

1014187494 - BEDOYA FUENTES ADRIANA CATALINA  
FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE