



CLINICA DE ESPECIALISTAS LIMITADA  
891856372

Formato de Referencia y Contrareferencia

[RRefCRef2

Fecha: 26/08/2018

Página: 1

Nº Solicitud RCR-5624	Fecha de Referencia 26/08/2018 15:16:02	Nº Verificación	Tipo de Atención Urgencias
Nombre : RUIZ CARDENAS MARIA SAGRARIO		Nº Identificación : 46358544	Tipo Doc : CC
Edad : 53 AÑOS	Dirección Residencia : CALLE 7 26-08	Localidad : SOGAMOSO	
Sexo : F	Teléfono : 7711092		
Nivel atención : E	BENEFICIARIO NIVEL 2	Empresa : 900156264-2	NUEVA EPS
<b>DATOS DE REFERENCIA</b>			
IPS Referente : 56	CLINICA DE ESPECIALISTAS DE SOG		
Médico Referente : NIXON FERNANDO VELANDIA FIGUEROA	Reg Medico Ref :		
Especialidad : 382	MEDICINA GENERAL		
Diagnóstico : F209	ESQUIZOFRENIA NO ESPECIFICADA		
<b>Descripción Caso Clínico :</b>			
PACIENTE CON ANTECEDENTE E ENFERMEDAD MENTAL QUIEN PRESENTA INSOMIO DE VARIOS DIAS, TARIADA POR FAMILIAR PORPRESENTAR 3 INTENTOS DE SUICIDIO HOY, PACIENTE AL EXAMEN FISICO OBEDECE ORDENSS DE FAMILIAR,CON MUTISMO SELECTIVO, SIN APARENTESLESIONES EN EXAMEN FISICO, SE INDICA VIGILANCIA CONTINUA Y ESQUEMA DE SEDACION SI AGIRTACION CON INDICACIONDEREMISION PARA PSIQUIATRIA, SE EXPLICA A FAILIAR REFIREENTENDWER YACEPTAR,			
IDX:			
INTENTO DE SUICIDIO			
ESQUIZOFRENIA POR HC			
TX DEPRESIVVO POR HC			
INICIAR TRAMITES DE REMISION PSIQUIATRIA			
<b>Motivos Remisión Médica:</b>			
NO CONTAMOS CON EL SERVICIO			
<b>Observaciones:</b>			
<b>Servicio Solicitado :</b>			
PSIQUIATRIA			
IPS de Destino :	CLINICA DE ESPECIALISTAS LTDA CI		
Servicio Ambulancia :	Fecha y hora de traslado :		
Quien entrega : MG130	NIXON FERNANDO VELANDIA FIGUEROA		Reg Medico :
Quien recibe : 0			Reg Medico :
<b>Responsable paciente</b>			
Tipo Documento : CC	Documento : 46359884	Nombre : LUZ MARINA RUIZ CARDENAS	
Dirección respon : CALLE 7 26 08	Telefono : 3166795066	Parentesco : Familiar	

Usuario Registro :

Medico que aprueba :

YEIMY CAROLINA BARRERA RODRIGUEZ

NIXON FERNANDO VELANDIA FIGUEROA  
Reg.