

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD CENTRO ORIENTE E.S.E.



900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

No de Solicitud

329276

Fecha de radicación de la Referencia

31/01/2019 11:20:37

Hora de radicación de la Referencia

11:20:37 a. m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	41
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>
			2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>
			3. Urgente <input type="checkbox"/>
			4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	EDWIN SANTIAGO MONSALVE TENJO	Identificación:	1069758189	1069758189	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	19/12/1996 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	22 Años \ 1 Meses \ 12 Días	AREA DE SERVICIO	2LVE10	INGRESO
Dirección:	CALLE 73 A # 34B -19	Teléfono:	3212560546	Localidad	LOC. FONTIBON	
CC Cedula de Ciudadania	RC REgistro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar		

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)

Responsable:	MOVIL 5178	Teléfono Resp:	-
Dirección Resp:	-		
Primer Nombre	MOVIL	Primer Apellido	5178

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC056 - NUEVA EPS-C	I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

ATENCION INTRAHOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE PSIQUIATRIA SEMANAL	39136	2LV - UMHES LA VICTORIA	2	F	B	0	2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
---	-------	-------------------------	---	---	---	---	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	<p>MOVIL 5178 PACIENTE MASCULINO QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE AGITACION, HETEROAGRESIVIDAD, SOLILOQUIOS, INSOMNIO,</p> <p>MOVIL 5178 PACIENTE MASCULINO QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENCIAS POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE AGITACION, HETEROAGRESIVIDAD, SOLILOQUIOS, INSOMNIO,</p> <p>AGREDIO A LA MAMA</p> <p>PACIENTE DE 22 AÑOS CON AP DE ESQUIZOFRENIA Y RETARDO METAL LEVE, TRAI DO EN AMBULANCIA DE LA SDS POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADMETNE 5 DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR HETERO AGRESIDAD, INSOMNIO, SOLILOQUIOS , PACINTE QUIEN REFIERE NO CONSUMO DE MEDICACIÓN DESDE HACE VARIOS DIAS.</p> <p>PACIENTE DE 22 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA Y RETARDO METAL LEVE, TRAI DO EN AMBULANCIA DE LA SECRETARIA DE SALUD POR EPISODIO DE HETEROAGRESIVIDAD, CON MAS DE 6 DIAS DE EVOLUCION HACIA FGURA MATERNA PACIENTE CON EGRESO EL DIA DE AYER DE ESTA INSTITUCION, EL DIA DE HOY CON INTENTO DE HOMICIDIO HACIA FIGURA MAETNA POR LO CUAL ES TRAI DO DE NUEVO A ESTA INSTITUCION</p> <p>PACIENTE QUIEN INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE AGITACION PSICOMOTORA , AGRESIVIDAD CONTRA SU MADRE, SEGUN HISTORIA CLINICA IBA A AGREDIR CON UN CUCHILLO, QUIEN REFIERE MULTIPLES AGRESIONES PREVIAS .TIENE ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ESQUIZOFRENIA , MULTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS , AL PARECER POBRE ADHERENCIA A TRATAMIENTOS NO REPORTA TOXICOALERGICOS</p>					
Examen Físico:	DENTRO DE LIMITES NORMALES					
Signos Vitales	TA: 100/60	FC: 80 x Min	FR: 20 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 1,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

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

☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE QUIEN INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE AGITACION PSICOMOTORA , AGRESIVIDAD CONTRA SU MADRE, SEGUN HISTORIA CLINICA IBA A AGREDIR CON UN CUCHILLO, QUIEN REFIERE MULTIPLES AGRESIONES PREVIAS .TIENE ANTECEDENTES DE
-------------------------------	--

DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ESQUIZOFRENIA , MULTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS , AL PARECER POBRE ADHERENCIA A TRATAMIENTOS NO REPORTA TOXICOALERGICOS
EN LA HOSPITALIZACION SE INICIA RISPERIDONA PRESENTANDO EXTRAPIRAMIDALOSMO POR LO QUE SE CAMBIA POR OLANZAPINA CON MEJOR RESPUESTA.

MOTIVO REFERENCIA

1. Servicio no ofertado ☐ 3. Falta de Insumos ☐ 5. Falta de Camas ☐ 7. Emergencia Sanitaria ☐ 9. Ausencia de Convenio ☐
 2. Ausencia de Profesional ☐ 4. Falta de Equipos ☐ 6. Cese de Actividades ☐ 8. Requiere manejo otro nivel ☐ 10. Devolucion Injustificada ☐
 11. Otro: ☐ Falta_Cama_IPS_Remite

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)

FECHA DIA MES AÑO Hora Militar: Funcionario de Contacto Cargo: Punto de destino final:

Mancera

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico MANCERA ESCOBAR MARIA DEL PILAR

Registro 51840963

No de Solicitud

329277

Fecha de radicacion de la Referencia

31/01/2019 11:20:37

Hora de radicacion de la Referencia

11:20:37 a. m.

No de Planilla

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	41
1. Ambulatorio <input type="checkbox"/>	2. En Urgencias <input type="checkbox"/>	3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	1. Electiva <input type="checkbox"/>
			2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/>
			3. Urgente <input type="checkbox"/>
			4. Hospitalización <input type="checkbox"/>

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre Paciente:	EDWIN SANTIAGO MONSALVE TENJO	Identificación:	1069758189	1069758189	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	19/12/1996 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	22 Años \ 1 Meses \ 12 Días	AREA DE SERVICIO	2LVE10	INGRESO
Dirección:	CALLE 73 A # 34B -19	Teléfono:	3212560546	Localidad	LOC. FONTIBON	
CC Cedula de Ciudadania	RC Registro Civil	MSI Menor sin Edintificación	TI Tarjeta de Identidad	ASI adulto sin Identificar		

PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE (Menor de edad, Usuarios con alteracion de estado de conciencia, usuarios con retardo mental, Adulto mayor , Gestantes, Atencion Urgente)

Responsable:	MOVIL 5178	Teléfono Resp:	-
Dirección Resp:	-		
Primer Nombre	MOVIL	Primer Apellido	5178

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC056 - NUEVA EPS-C	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

ATENCION INTRAHOSPITALARIA ESPECIALIZADA DE PSIQUIATRIA SEMANAL	39136	2LV - UMHES LA VICTORIA	2	F	B	0	2				
---	-------	-------------------------	---	---	---	---	---	--	--	--	--

NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: II NIVEL: III NIVEL:

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	MOVIL 5178 PACIENTE MASCULINO QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENICAS POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE AGITACION, HETEROAGRESIVIDAD, SOLILOQUIOS, INSOMNIO, MOVIL 5178 PACIENTE MASCULINO QUE INGRESA AL SERVICIO DE URGENICAS POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE AGITACION, HETEROAGRESIVIDAD, SOLILOQUIOS, INSOMNIO, AGREDIO A LA MAMA
-----------	---

PACIENTE DE 22 AÑOS CON AP DE ESQUIZOFRENIA Y RETARDO METAL LEVE, TRAI DO EN AMBULANCIA DE LA SDS POR CUADRO CLINICO DE APROXIMADMETNE 5 DIAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR HETERO AGRESIDAD, INSOMNIO, SOLILOQUIOS , PACINTE QUIEN REFIERE NO CONSUMO DE MEDICACIÓN DESDE HACE VARIOS DIAS. PACIENTE DE 22 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA Y RETARDO METAL LEVE, TRAI DO EN AMBULANCIA DE LA SECRETARIA DE SALUD POR EPISODIO DE HETEROAGRESIVIDAD, CON MAS DE 6 DIAS DE EVOLUCION HACIA FGURA MATERNA PACIENTE CON EGRESO EL DIA DE AYER DE ESTA INSTITUCION, EL DIA DE HOY CON INTENTO DE HOMICIDIO HACIA FIGURA MAETNA POR LO CUAL ES TRAI DO DE NUEVO A ESTA INSTITUCION PACIENTE QUIEN INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE AGITACION PSICOMOTORA , AGRESIVIDAD CONTRA SU MADRE, SEGUN HISTORIA CLINICA IBA A AGREDIR CON UN CUCHILLO, QUIEN REFIERE MULTIPLES AGRESIONES PREVIAS .TIENE ANTEECDENTES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ESQUIZOFRENIA , MULTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS , AL PARECER POBRE ADHERENCIA A TRATAMIENTOS NO REPORTA TOXICOALERGICOS						
Examen Físico:	DENTRO DE LIMITES NORMALES					
Signos Vitales	TA: 100/60	FC: 80 x Min	FR: 20 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 1,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						
Ginecobstétricos:	G: 0	P: 0	A: 0	C: 0	Edad Gestante: 0 Sem	FCF: 0 Alt Uterina: 0
<input type="checkbox"/> Actividad Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Aminorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran						

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE QUIEN INGRESO AL SERVICIO DE URGENCIAS POR CUADRO CLINICO DE AGITACION PSICOMOTORA , AGRESIVIDAD CONTRA SU MADRE, SEGUN HISTORIA CLINICA IBA A AGREDIR CON UN CUCHILLO, QUIEN REFIERE MULTIPLES AGRESIONES PREVIAS .TIENE ANTEECDENTES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL Y ESQUIZOFRENIA , MULTIPLES HOSPITALIZACIONES PREVIAS , AL PARECER POBRE ADHERENCIA A TRATAMIENTOS NO REPORTA TOXICOALERGICOS PCTE SE HOSPITALIZA Y SE INICIA RISPERIDONA , PRSENTA SIGNOS Y SINTOMAS DE EXTRAPIRAMIDALISMO CON ANSIEDAD MARCADA, SE CAMBIA TTO X ILANBZAPINA CON MEJOR RESPUESTA.
--------------------------------------	---

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado <input type="checkbox"/>	3. Falta de Insumos <input type="checkbox"/>	5. Falta de Camas <input type="checkbox"/>	7.Emergencia Sanitaria <input type="checkbox"/>	9. Ausencia de Convenio <input type="checkbox"/>
2. Ausencia de Profesional <input type="checkbox"/>	4. Falta de Equipos <input type="checkbox"/>	6. Cese de Actividades <input type="checkbox"/>	8. Requiere manejo otro nivel <input type="checkbox"/>	10. Devolucion Injustificada <input type="checkbox"/>
11. Otro: <input type="checkbox"/>	Falta_Cama_IPS_Remite			

DATOS ACEPTACION DE LA REFERENCIA (URGENCIAS /HOSPITALIZACION)				
FECHA	DIA	MES ____ AÑO ____	Hora Militar:	Funcionario de Contacto
				Cargo: _____ Punto de destino final: _____

Firma:

Datos del Pofesional que Realiza la Referencia

Medico MANCERA ESCOBAR MARIA DEL PILAR

Registro 51840963