

705502

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/29 Hora: 11:59

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		-0	
				CC <input type="checkbox"/>		DV	
Código	1500100387		Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento: BOYACA		15	Municipio: TUNJA	001

DATOS DEL PACIENTE

FERNANDEZ		GUERRERO		SERGIO		ALEJANDRO																	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre																	
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td colspan="2">1002459239</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> <td colspan="2">Número documento de Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento: 2002-07-04</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1002459239		<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación		<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2002-07-04		<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1002459239																					
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación																					
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2002-07-04																					
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería																							
Dirección de la Residencia Habitual: CARREA12 63 01				Teléfono:																			
Departamento: BOYACA		15	Municipio: TUNJA		15001																		
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C				Código: EPS037																			

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE		NO TIENE																	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre																	
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td colspan="2">Número Documento Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número Documento Identificación		<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación			<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación			<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número Documento Identificación																					
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación																						
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación																						
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería																							
Dirección de la Residencia Habitual:				Teléfono:																			
Departamento:				Municipio:																			

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO		Teléfono: 98		7405030	
		Indicativo		Número	
Servicio que solicita la referencia Hospitalización PSIQUIATRIA		Teléfono Celular			
Servicio para el cual se solicita la referencia Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL					

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Handwritten notes:

2

Aceptado Clínica Emmanuel

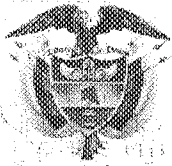
Sede Sprint Calle 136

Nº 52A-46

Dr Juan Manuel Lopez

Alba yareth Salas

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/29 Hora: 11:59

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA				
Teléfono	8	7405030					
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001

DATOS DEL PACIENTE

FERNANDEZ		GUERRERO		SERGIO		ALEJANDRO	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input checked="" type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería			1002459239			
				Número documento de Identificación			
				Fecha de Nacimiento: 2002-07-04			
Dirección de la Residencia Habitual:		CARREA12 63 01				Teléfono:	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001		
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C		Código:	EPS037		

Diagnóstico:

F332 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal
Z915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
T659 EFECTO TOXICO DE OTRAS SUSTANCIAS Y LAS NO ESPECIFICADAS: EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
F129 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
Z638 OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
Z731 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
Z532 PACIENTE FUGADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
F122 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN) 500 ML SOLUCION INYECTABLE
SODIO CLORURO 0.9% X 1000 ML SOLUCION INYECTABLE
RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50 MG/2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50 MG/2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
Procedimientos Realizados:
Código CUPS: 903839 Descripción: GASES ARTERIALES EN REPOSO O EN EJERCICIO Cantidad: 1

Motivos de remisión:

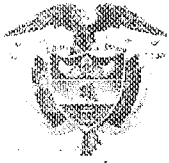
REFERENCIA
ACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD, CON HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DESDE LA EDAD DE LOS 13 AÑOS, THC DROGA DE ALTO IMPACTO, ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD, ASISTE A CONTROLES POR PSIQUIATRIA, ULTIMA EN MARZO DE 2018, QUIEN CURSA CON SX AFECTIVOS DE 2 AÑOS DE EVOLUCION, HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLIGIDAS, INGRESA AL PRESENTAR AGUDIZACION DE SX AFECTIVA E INGESTION DE MEDICAMENTOS CON FINES AUTOLITICOS. REM USM

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/27 Hora: 16:05

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA NIT: ☒ 891800231 -0
CC: ☐ DV

Código: 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono: 8 7405030

Indicativo: Número: Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

FERNANDEZ GUERRERO SERGIO ALEJANDRO
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte 1002459239
☒ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación Número documento de Identificación
☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería Fecha de Nacimiento: 2002-07-04

Dirección de la Residencia Habitual: CARREA12 63 01 Teléfono:

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037

Anamnesis:

EDAD: 16 AÑOS
NATURAL: DUITAMA
PROCEDENTE: TUNJA
VIVE EN INSTITUCION PSIQUIATRICA
ACOMPAÑANTE E INFORMANTE: JUAN CAMILO LOPEZ ENFERMERO CUIDADOR

MOTIVO DE CONSULTA: "TOMO 5 PASTILLAS DE TRAZODONA"

ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN MANEJO QUIEN INGRESA REMITIDO DE CLINICA DE REHABILITACION POR CUADRO CLINICO DE 24 HORAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AGITACION PSICOMOTORA Y LABILIDAD EMOCIONAL. EL DIA DE HOY REFIERE CONSUMO DE 5 PASTILLAS DE TRAZODONA (GRAMAJE DESCONOCIDO) POR LO CUAL ES VALORADO INICIALMENTE POR MEDICO GENERAL DE INSTITUCION QUIEN ENCUENTRA PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, SOMNOLIENTO Y TAQUICARDICO. CONSIDERA ENVIAR A NUESTRA INSTITUCION PARA VALORACION POR SERVICIO DE PSIQUIATRIA. REFIERE 5 DIAS SIN CONSUMO DE MEDICAMENTO PARA CONTROL DE SU PATOLOGIA.

NOXA DE CONTAGIO: NIEGA

ANTECEDENTES:

- PATOLÓGICOS: TAB EN MANEJO CON TRAZODONA, CONSUMO DE SPA
- HOSPITALARIOS: NO REFIERE
- FARMACOLÓGICOS: TRAZODONA, LORATADINA
- QUIRÚRGICOS: NO REFIERE
- TÓXICO-ALÉRGICOS: NO REFIERE
- INMUNIZACIONES: CUMPLE EL PAI PARA LA EDAD
- TRAUMÁTICOS: NO REFIERE
- FAMILIARES: NO REFIERE

Examen Físico:

Neurológico y Mental:
Neurológico y Mental: Normal, PACIENTE EN COMPAÑIA DE FUNCIONARIA DE ICBF, ESTABLE CONTACTO VISUAL Y VERBAL, ALERTA, ORIENTADO EN PERSONA, TIEMPO Y LUGAR, HIPOPROSEXICO, LENGUAJE BRADILALICO, PENSAMIENTO IDEAS DEPRESIVAS DE DESESPERANZA, SOLEDAD, MINUSVALIA, E IDEAS DE AUTOAGRESION ACTIVAS EN EL MOMENTO, NO IDEAS DELIRANTES, NIEGA ALTERACION EN SENSOPERCEPCION, CONDUCTA MOTORA NORMAL, PATRON ALIMENTARIO Y DE SUEÑO NORMAL, INTROSPECCION POBRE, PROSPECCION INCIERTA. JUICIO DEBILITADO, NO AUTOCRITICO DE LO SUCEDIDO, CONDUCTA MOTORA ADECUADA, NO SX DE PSICOSIS

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/27 Hora: 16:05

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

FERNANDEZ		GUERRERO		SERGIO		ALEJANDRO																	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre																	
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td colspan="2">1002459239</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> <td colspan="2">Número documento de Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento: 2002-07-04</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>								<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1002459239		<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación		<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2002-07-04		<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1002459239																					
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación																					
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2002-07-04																					
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería																							
Dirección de la Residencia Habitual:			CARREA12 63 01			Teléfono:																	
Departamento:		BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001																	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:			NUEVA EPS-C			Código: EPS037																	

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 27/08/2018 15:13

Subjetivo, objetivo y análisis: PSIQUIATRIA VALORACION -NOTA RETROSPECTIVA

NATURAL DE: DUITAMA

PROCEDENTE DE TUNJA DESDE HACE 1 MES, INTERNADO EN HOGAR FRAY LUIS AMIGO. ADSCRITA A ICBF

OCUPACION: ESTUDIANTE

ESCOLARIDAD ESTUDIANTE DE 8VO GRADO

VIVE: INTERNADO

ACOMPAÑANTE: LISETH ARIAS TORRES TRABAJADORA SOCIAL DE INTERNADO.

MC Y EA

PACIENTE DE 16 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD, HISTORIA DE CONSUMO DE SPA, THC CON PATRON DE CONSUMO DIARIO DE 1 PORRO AL DIA, DESDE ENERO DE ESTE AÑO, PREVIAMENTE CONSUMIA ESPORADICAMENTE DESDE LOS 13 AÑOS. QUIEN REQUIRIO DE TRATAMIENTO CON TRAZODONA TAB 50 MG NOCHE, ULTIMO CONTROL POR PSIQUIATRIA EN MARZO DE 2018.

RELATA CUADRO CLINICO DE 2 AÑOS DE EVOLUCION CONSISTENTES EN SX AFECTIVA DE TIPO DEPRESIVA, IDEAS DE MUERTE, AISLAMIENTO SOCIAL, ANHEDONIA, DADO POR PERDIDA DEL INTERES POR ACTIVIDADES QUE LE CAUSABAN PLACER, INSOMNIO DE CONCILIACION (SOLO DUERMO 4 HORAS), ALTERACION DEL PATRON ALIMENTARIO CON HIPOREXIA, ALUCINACIONES AUDITIVAS COMPLEJAS OCASIONALES "ME DECIAN COSAS QUE NO TENIAN SENTIDO", PRESENTO 2 INTENTOS DE AUTOLISIS "ME CORTE 2 VECES", EN LA TERCERA OPORTUNIDAD CON SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS, CUARTA OCASION EN ENERO DE 2018 "CON SOBREDOSIS DE MEDICAMENTOS CON CLONAZEPAM 10 TABLETAS Y UN FRASCO DE FLUOXETINA", SINTOMAS QUE SE HAN EXACERVADO EN EL ULTIMO MES, DONDE HA PRESENTADO IDEAS DE MUERTE ESTRUCTURADAS "LO TENIA PLANEADO PARA UN DIA EN ESPECIFICO Y NO ALCACE A RECOLECTAR LAS SUFICIENTES PASTAS", IDEAS DE MNUSVALIA "SOY UNA PERSONA QUE NO TENGO QUE DAR". INGRESA AL PRESENTAR INGESTION DE 5 TABLETAS DE TRAZODONA Y 3 TAB DE SERTRALINA, CON FINES AUTOLITICOS. "LE COMENTE VARIAS COSAS A MI COMPAÑERO QUE IBA A SUICIDARME, NO DIRECTAMENTE PERO SI, PUES EL ME LAS DIO " "ME TOME 8 TABLETAS, QUERIA TENER UNA INTOXICACION, QUERIA MORIR, LLEVABA MUCHO TIEMPO RECOLECTANDOLAS Y PENSE QUE ERA AHORA " DICHO INTENTO LO REALIZA HACIA LAS 10 AM, EN MOMENTO DE ENTREVISTA PACIENTE SOMNOLIENTO.

ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACION EN USM PSIQUIATRIA, EN CRIB EN DICIEMBRE 2017 Y EN CLINICA EMANUEL EN ENERO DE 2018.

PACIENTE COMENTA HISTORIA PERSONAL DE MATONEO DESDE LA INFANCIA, BAJO RENDIMIENTO ESCOLAR, ESTRESORES FAMILIARES " MIS PAPAS PELEABAN TODOS LOS DIAS, ME MOLESTABAN EN EL COLEGIO "

ANTECEDENTES

PERSONALES PATOLOGICOS: TASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD CONSUMO DE SPA-THC,

FARMACOLOGICOS: HA RECIBIDO MANEJO CON TRAZODONA, QUETIAPINA, ACIDO VALPROICO, ESCITALOPRAM DOSIS NO CLARAS YA QUE NO CUENTA CON HISTORIA CLINICA

QUIRURGICOS: VARICOCELE IZQUIERDO

TOXICOS: CONSUMO DE THC DESDE LOS 13 AÑOS

ALERGICOS: NIEGA

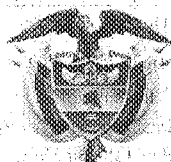
FAMILIARES: PAPA Y MAMA CON DEPRESION.

Plan de manejo: PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD, CON HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DESDE LA EDAD DE LOS 13 AÑOS, THC, DROGA DE ALTO IMPACTO, ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD, ASISTE A CONTROLES POR PSIQUIATRIA, ULTIMA EN MARZO DE 2018, QUIEN CURSA CON SX AFECTIVOS DE 2 AÑOS DE EVOLUCION, CON HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS, INGRESA AL PRESENTAR AGUDIZACION DE SX AFECTIVA E INGESTION DE MEDICAMENTOS CON FINES AUTOLITICOS.

EN EL MOMENTO CON REGIMEN AUTOCRITICO DE LO SUICIDIO, PERSISTE INESTABILIDAD AFECTIVA Y EMOCIONAL, IDEAS Y PENSOS DE

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/08/27 Hora: 16:05

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT: <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
		CC: <input type="checkbox"/>	DV
Código:	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
Teléfono:	8 7405030		
Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

FERNANDEZ	GUERRERO	SERGIO	ALEJANDRO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1002459239	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2002-07-04	
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		CARREA12 63 01	Teléfono:
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-C	Código: EPS037

EN EL MOMENTO CON JUICIO NO AUTOCRITICO DE LO SUCEDIDO, PERSISTE INESTABILIDAD AFECTIVA Y EMOCIONAL, IDEAS Y RIESGO DE AUTOAGRESION. TIENE ANTECEDENTE DE HOSPITALIZACION EN USM PSIQUIATRIA, CRIB EN DICIEMBRE 2017 Y EN CLINICA EMANUEL EN ENERO DE 2018.

NIEGA SX DE DEPRIVACION A SPA O SX DE PSICOSIS EN EL MOMENTO.

REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN UNIDAD DE SALUD MENTAL DE NIÑOS Y ADOLESCENTES TAN PRONTO SE ESTABLECE CUADRO AGUDO, SE DEFINA CONDUCTA Y EGRESO POR SERRVICIO DE PEDIATRIA. SS REALIZACION DE ESTUDIOS DE EXTENSION PARA DESCARTAR SUSTRATO ORGANICO, SE INDICA ACOMPAÑAMIENTO DE FAMILIAR O PERSONAL DE ICBF LAS 24 HORAS, CONDICION QUE SE EXPLICA A TRABAJADORA SOCIAL DE ICBF

IDX

TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE ,EPISODIO ACTUAL GRAVE -INTENTO DE SUICIDIO

HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS

TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD

TX MENTALES Y DE LA CONDUCTA DEBIDOS AL CONSUMO DE SPA -DEPENDENCIA A THC

-ESTRESORES FAMILIARES -P/ EVALUAR RED DE APOYO

Diagnóstico:

T659 EFECTO TOXICO DE OTRAS SUSTANCIAS Y LAS NO ESPECIFICADAS: EFECTO TOXICO DE SUSTANCIA NO ESPECIFICADA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Z532 PACIENTE FUGADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

F332 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE - EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal

Z915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLINGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

F122 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

F129 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Z638 OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Z731 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:

REFERENCIA:

PACIENTE MASCULINO DE 16 AÑOS DE EDAD, CON HISTORIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS DESDE LA EDAD DE LOS 13 AÑOS, THC, DROGA DE ALTO IMPACTO, ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, TRASTORNO MIXTO DE LA PERSONALIDAD, ASISTE A CONTROLES POR PSIQUIATRIA, ULTIMA EN MARZO DE 2018, QUIEN CURSA CON SX AFECTIVOS DE 2 AÑOS DE EVOLUCION, CON HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS, INGRESA AL PRESENTAR AGUDIZACION DE SX AFECTIVA E INGESTION DE MEDICAMENTOS CON FINES AUTOLITICOS.

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03