

900959051

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

No de Planilla

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

No de Solicitud

296307

Fecha de radicación de la Referencia

22/10/2018 02:01:49

Hora de radicación de la Referencia

2:01:49 a. m.

Tipo Usuario	Ambulatorio	Tipo Remisión	66
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:	CRISTIAN CAMILO RODRIGUEZ MUÑOZ	Identificación:	1122135197	1122135197	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	28/04/94 12:00:00 a. m.	Edad Actual:	24 Años \ 5 Meses \ 24 Días	AREA DE SERVICIO	ISCU02	INGRESO
Dirección:	CARRERA 5F 48M 12 SUR	Teléfono:	3112705055	Localidad	BOGOTA	
			3144642388			
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:	OSCAR RODRIGUEZ	Teléfono Resp:	3112705055 3144
Dirección Resp:	CARRERA 5F 48M 12 SUR		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Subsidiado	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RS072 - EPS FAMISANAR SAS	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

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA	38274	1SC - UMHES SANTA CLARA	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	" TRAIDO POR EL PADRE PORQUE ESTA AGRESIVO "					
	PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD, TRAIDO POR EL PADRE, QUIEN REFIERE CUADRO CLINICO DE 15 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AGITACION PSICOMOTORA, CON HETEROAGRESION A FAMILIARES Y TERCEROS, CON VERBORREA, REFIERE QUE SALE DE LA CASA, CON UNA DURACION DE 4 DIAS Y VUELVE A LA CASA Y LLEGA BAJO EL EFECTO DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. MOTIVO POR EL CUAL LO TRAE A URGENCIAS					
Examen Físico:	SIN ALTERACIONES					
Signos Vitales	TA: 105/70	FC: 60 x Min	FR: 19 x Min	GlasGow: 15	TC: 0.0000	Peso: 1.0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:	SE SOLICITAN LABORATORIOS					

Ginecobstétricos:	G: 0	P: 0	A: 0	C: 0	Edad Gestante: 0	FCF: 0	Alt Uterina: 0
<input type="checkbox"/> Actividad Uteri <input type="checkbox"/> Actividad Uterina Regula <input type="checkbox"/> Amenorrea <input type="checkbox"/> Ruptura Membran							

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PAICNETE CON CUADRO DE 15 DÍAS DE EVOLUCION DE IDEA DELIRANTE PARANOIDE, IRRITABILIDAD, DROMOMANÍA, DEAMBULACION CALLEJERA, CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y AGRESIVIDAD HETERODIRIGIDA.
-------------------------------	--

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="text"/>	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 Profesional que Realiza la Referencia

Medico FERNANDEZ ROA SAUL DARIO

Registro 79521706