

# SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

1 11 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

31/10/2018

## DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: JHEFFERSON ESMITD PEDROZA BECERRA

Sexo : Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CALLE 11 CON 5 SUR

T.D. CC Nro. Identificación: 1057605383

Zona: Urbano X Rural

Teléfono: 3209165696

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: SOGAMOSO

T.I. Tarjeta de Identidad

A.S.I. Adulto Sin Identificación

Seguridad Social en Salud: Contributivo

E.P.S.: NUEVA EPS-S -- Hospitalizad Tipo de Población Especial: E

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Nivel 1 A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

## AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO DE 20 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE F200. NULA ADHERENCIA FARMACOLOGICA. NUEVAMENTE SINTOMAS PSICOTICOS INSOMNIO GLOBAL Y ALTA AGRESIVIDAD. SE DECIDE INCIAR TTO CON RISPERIDONA TAB 2 MG CADA 12 HORAS LORAZEPAM TAB 1 MG CADA 12 HORAS. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM.

## DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA

F209

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

## Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

7. Otro

2. Falta insumos y/o suministros

5. Requiere otro nivel de atención

3. Falta de Equipo(s)

6. Voluntario

## INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

1 11 2018

Fecha Salida del Paciente

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☒

Hospitalización

☐

Otro

## EVOLUCION

Fecha:

Plan de Tratamiento



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable