



SOLICITUD DE SERVICIOS

SISTEMA INTEGRAL DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

**ENTIDAD REMITENTE****NUEVO HOSPITAL LA CANDELARIA ESE****ENTIDAD DESTINO****Hospital Federico LLeras E.S.E.**

Nro Solicitud

14846

*Fecha de Referencia

8/12/2018 12:55:27 p. m.

** No. Verificación

Fecha reporte encuesta prioritaria

Dia

Mes

Año

Tipo de usuario

1. Ambulatorio ☐2. En Urgencias ☒3. Hospitalizado ☐

Tipo de atención

1. Electiva ☐2. Electiva prioritaria ☐3. Urgente ☒4. Hospitalización ☐

Identificación del paciente

Primer nombre

MARTHA

Segundo nombre

LUCIA

Primer apellido

GUTIERREZ

Segundo apellido

CAPERA

Edad: Años 50 Meses 8 Días 20

Dirección residencia

CALLE 12 N 7 19 BARRIO OSPINA PEREZ

T.D. C.C

No. Identificación

65797438

Teléfono

2280175

CC Cédula de ciudadanía

RC Registro civil

MSI Menor sin identificación

Sexo

Localidad

PURIFICACION

TI Tarjeta identidad

PA Pasaporte

ASI Adulto sin identificación

M ☒

Personal responsable (UNICAMENTE PARA ATENCIONES URGENTES)

Nombre y apellido

GUTIERREZ CAPERA, MARTHA L

Dirección residencia

Teléfono 3118426106

Afiliación SGSSS

Subsidiado ☐Clasif. Socioec. ☐

Nivel SISBEN

1 2 3 4 5-6

Población Especial

O ☐Contributivo ☒Particular ☐

No. Ficha

I. Indígena

S. IVA Social

M. Menor en protección

Entidad Administradora:

NUEVA EPS SA Y OTROS

Otro régimen:

Solicitud de referencia

Fecha:

Dia

8

Mes

12

Año

2018

Hora:

12:55

AM ☒PM ☐

Edad gestacional:

Nombre del procedimiento solicitado		Código del Servicio Solicitado		Identificación de Instituciones					
				Nombre Punto de Atención Destino	Código Punto de Atención Destino	Nombre Punto de Atención Destino Final	Código Punto de Atención Destino	Final	
1									

ANAMNESIS : VE Y ESCUCHA COSAS

PACIENTE DE 50 AÑOS, CON ANTC DE TRASTORNO PSIQUIATRICO NO ESPECIFICADO , INGRESA CON FANNY OTVAR (LA JEFE DE LA CASA, A PAICNETE ES EMPLEADA HACE20 AÑOS DE OFICIO EN CASA), INGRES APOR CUADRO CLINICO DE APROX 1 SEMAN ADE EOVLUCON REFIERE ALUUCIANAICONES VISUALES CONSNTAES, "YO VEO A MI HERMANA Y A MI PAPA QUE PASAN Y ES REAL", ALUCINACINES AUDITIVAS " ESCUCHO UNA VOZ HORRIBLE QUE DICE QUE E VAYA PARA LA CAS2 , INGRESA VERBORREICA Y CON ALUCINACION ES VISUALE SY AUDITIVAS ACTIVAS.

TOLER AVIA ORAL

EXAMEN FISICO : PAICNETE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPOS LUGAR Y PERSONA,, BEUN ARREGLO PEROSNAL, CON AFECTO DE FONDO PLANO, CONGRUENTE, ALUCINAICONE SVISUALE SY AUDITIVAS ACITVAS, VERBORREICA. SIGNOS VITALES :

-pulso - 80 xmin
-f.c - 80 xmin
-p.a.s - 110 mmHg
-f.r - 20 xmin
-temperatura - 36 °C
-peso - 65 Kgr
-so2 - 98 %
-p.a.d - 70 mmHg

RESUMEN : PACIENTE DE 50 AÑOS, INGRESA CON FANNY OTVAR (LA JEFE DE LA CASA, A PAICNETE ES EMPLEADA HACE20 AÑOS DE OFICIO EN CASA), INGRES APOR CUADRO CLINICO DE APROX 1 SEMAN ADE EOVLUCON REFIERE ALUUCIANAICONES VISUALES CONSNTAES, "YO VEO A MI HERMANA Y A MI PAPA QUE PASAN Y ES REAL", ALUCINACINES AUDITIVAS " ESCUCHO UNA VOZ HORRIBLE QUE DICE QUE E VAYA PARA LA CAS2 , INGRESA VERBORREICA Y CON ALUCINACION ES VISUALE SY AUDITIVAS ACTIVAS. RMEISON PSIQUIATRIA

EXAMENES DE LABORATORIO :

Nombre del diagnóstico		Código diagnóstico	
1	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200	

TRATAMIENTO / COMPLICACIONES : PACIENTE DE 50 AÑOS, CON ANTC DE TRASTORNO PSIQUIATRICO NO ESPECIFICADO , INGRESA CON FANNY OTVAR (LA JEFE DE LA CASA, A PAICNETE ES EMPLEADA HACE20 AÑOS DE OFICIO EN CASA), INGRES APOR CUADRO CLINICO DE APROX 1 SEMAN ADE EOVLUCON REFIERE ALUUCIANAICONES VISUALES CONSNTAES, "YO VEO A MI HERMANA Y A MI PAPA QUE PASAN Y ES REAL", ALUCINACINES AUDITIVAS " ESCUCHO UNA VOZ HORRIBLE QUE DICE QUE E VAYA PARA LA CAS2 , INGRESA VERBORREICA Y CON ALUCINACION ES VISUALE SY AUDITIVAS ACTIVAS.

TOLER AVIA ORAL

AL EF
PAICNETE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPOS LUGAR Y PERSONA,, BEUN ARREGLO PEROSNAL, CON AFECTO DE FONDO PLANO, CONGRUENTE, ALUCINAICONE SVISUALE SY AUDITIVAS ACITVAS, VERBORREICA.

DXs: ESQUIZOFRNEIA PARANOIDE

PLAN
REISION VALORACION PSIQUAITRIA
OBSERVAICON URGENCIAS
ACOMPAÑANTE PERMANENTE
DIETA CORRIENTE
ADAPTER
AMITRIPTILINA 1 TAB CADA 1 2HORA
HALOPERIDOL 5 MG SI PRESENTA AGITACION MOTORA
SS HEMOGRAMA, UROANALISI MAS GRAM EKG, VIH HEPATITS B FTA ABS .
SV CADA 6 HORAS
AC

Motivo Referencia:

- | | | | | | | | |
|-----------------------------|-------------------------------------|---------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. Servicio no ofertado | <input checked="" type="checkbox"/> | 3. Falta de insumos | <input type="checkbox"/> | 5. Falta de camas | <input type="checkbox"/> | 7. Emergencia sanitaria | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ausencia del profesional | <input type="checkbox"/> | 4. Falla en equipos | <input type="checkbox"/> | 6. Cese de actividades | <input type="checkbox"/> | 8. Otro; cuál | |

Datos del profesional que referencia

Nombre	ANYELA KATHERIN GODOY GARCIA	<input type="checkbox"/>	Médico / Odontólogo General
Firma		<input type="checkbox"/>	Médico / Odontólogo Especialista
		Registro	0000766

**Datos de control

Nombre del profesional que acepta la remisión (para remisiones urgentes / hospitalarias)

* Esta remisión tiene vigencia de 30 días a partir de la fecha de expedición

☐ Diligenciar por el médico / odontólogo remitente

** Información suministrada por el profesional autorizado

☐ Diligenciar por funcionario encargado del direccionamiento