

Fecha Actual : lunes, 11 febrero 2019

SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR OCCIDENTE ESE
900959048

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

HORA: 12 FEB 2019
RECIBIDO POR: [Firma]

No de Solicitud 2974
Fecha de radicación de la Referencia 11/02/2019 12:19:19
Hora de radicación de la Referencia 12:19:19 p. m.

Tipo Usuario <input checked="" type="checkbox"/> Ambulatorio	Tipo Remisión 5
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:	ANGIE DANIELA HIGUERA GONZALEZ		Identificación:	1030680378	1030680378	Sexo:	Masculino
Fecha Nacimiento :	2/07/1997 0:00:00	Edad Actual:	21 Años \ 7 Meses \ 9 Días	AREA DE SERVICIO	KE10B02	INGRESO	477649
Dirección:	KENNEDY		Teléfono:	0	Localidad	LOC. KENNEDY	
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, Atención Urgente)							
Responsable:	ANGIE DANIELA HIGUERA GONZALEZ		Teléfono Resp:	0			
Dirección Resp:	KENNEDY						
AFILIACION SGSSS							
Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0		
Ficha SISBEN:	Tipo de Población Especial:						
Entidad Administradora	RC_002_1 - EPS FAMISANAR CONTRIBUTIVO		I. indígena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros				

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO	F319
NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

INTERACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, COMPLEJIDAD MEDIANA	S12710	KE10 - USS OCCIDENTE DE KENNEDY	2	F	B	0	2
NIVEL DE ATENCION REQUERIDO : I NIVEL: <input type="checkbox"/> II NIVEL: <input type="checkbox"/> III NIVEL: <input type="checkbox"/>							

RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis	esta triste					
	cuadro de mas o menos 2 días con sensacion de triztesa , ideas de minusvalidad ideacion suicida por lo que consulto por propios medios a cai solicitando ayuda					
Examen Físico:	cabeza y cuello: escleras anictericas, pupilas isocoricas, mucosa oral humeda, cuello movill torax: normoexpansible, ruidos cardiacos ritmicos sin soplos,ruidos respiratorios sin agregaos. abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpacion, sin signos ed irritacion peritoneal extremidades: sin edema, llenado capilar menor de 2 segundos. neuroloigoico: sin deficit motor o neurologico aparente.					
Signos Vitales	TA: 126/65	FC: 78 x Min	FR: 19 x Min	GlasGow: 15	TC: 0	Peso: 55,0000
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 con episodio psicotico con sintomas afectivos, en quien se inicio manejo con ansioliticos y conforme evolucion clinica se evaluara necesidad de iniciarantipsicotico.
-------------------------------	--

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:
-------------------	---------------	-------------------------	--------	-------------------------

No de Orden: 201902111057
Paciente: HIGUERA GONZALEZ ANGIE DANIELA
Historia: 1030680378
Servicio: URGENCIAS
Médico: INTERNO

Fecha de Ingreso: 2019-02-11 03:50
Fecha de impresión:
Edad: 21 Años
Especialidad: URGENCIAS
Cama:

Examen	Resultado	Unidades	Valores de referencia	
QUIMICA				
PERFIL RENAL				
NITROGENO UREICO(BUN)	8.4	mg/dL	6.0 - 20.0	11/02/2019 5:17:46
CREATININA SUERO	0.73	mg/dL	0.70 - 1.20	11/02/2019 5:17:46
TGO/ ASAT	19	U/L	0 - 40	11/02/2019 4:45:33
TGP/ ALAT	18	U/L	0 - 41	11/02/2019 4:45:33


Victor Larrota Garcia
Bacteriologo U. de los Andes
C.C. 79.366.474

HEMATOLOGIA**CUADRO HEMATICO**

RECuento DE GLOBULOS BLANCOS	11.38	x 10 ³ /uL	*	4.50 - 11.00	11/02/2019 4:19:21
RECuento DE GLOBULOS ROJOS	5.09	x10 ⁶ /uL		4.50 - 5.60	11/02/2019 4:19:21
HEMOGLOBINA	13.4	g/dL		12.0 - 18.0	11/02/2019 4:19:21
HEMATOCRITO	41.6	%		36.0 - 54.0	11/02/2019 4:19:21
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	81.7	fL		80.0 - 100.0	11/02/2019 4:19:21
HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	26.30	pg		26.00 - 35.00	11/02/2019 4:19:21
CONC. HEMOGLOBINA CORPUSCULAR MEDIA	32.2	g/dL	*	33.0 - 37.0	11/02/2019 4:19:21
PLAQUETAS	274	x10 ³ /uL		150 - 450	11/02/2019 4:19:21
NEUTROFILOS %	65.0	%		35.0 - 70.0	11/02/2019 4:19:21
LINFOCITOS %	26.1	%		20.0 - 45.0	11/02/2019 4:19:21
MONOCITOS %	4.7	%		0.0 - 10.0	11/02/2019 4:19:21
EOSINOFILOS %	3.3	%		0.0 - 7.0	11/02/2019 4:19:21
BASOFILOS %	0.6	%		0.0 - 3.0	11/02/2019 4:19:21
NEUTROFILOS #	7.40	10 ³ /uL		1.90 - 8.00	11/02/2019 4:19:21
LINFOCITOS #	2.97	10 ³ /uL		0.90 - 5.20	11/02/2019 4:19:21
MONOCITOS #	0.54	10 ³ /uL		0.00 - 1.00	11/02/2019 4:19:21
EOSINOFILOS #	0.37	10 ³ /uL		0.00 - 0.70	11/02/2019 4:19:21
BASOFILOS #	0.07	10 ³ /uL		0.00 - 0.30	11/02/2019 4:19:21
RDW SD	39.8	fL			11/02/2019 4:19:21
RDW CV	13.4	%		11.5 - 15.0	11/02/2019 4:19:21
MPV	12.20	fL		9.00 - 13.00	11/02/2019 4:19:21


VICTOR LARROTA GARCIA
BACTERIOLOGO U. DE LOS ANDES
C.C. 79.366.474


Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico SOTO CAICEDO ANGELA PATRICIA

Registro 53178734