

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 **287107**
 Fecha de radicación de la Referencia **27/09/2018 00:01:23**
 Hora de radicación de la Referencia **12:01:23 a.m.**

Tipo Usuario	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:	KAREN YULIETH VARGAS PAREDES	Identificación:	1111333340	1111333340	Sexo:	Femenino
Fecha Nacimiento :	05/08/2004 12:00:00 a.m.	Edad Actual:	14 Años \ 1 Meses \ 22 Días	AREA DE SERVICIO	3BLH05	INGRESO
Dirección:	CALLE 30 C SUR 0 09 ESTE	Teléfono:	3506241927	Localidad	LOC. SAN CRISTOBAL	
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:	ANA PAREDES	Teléfono Resp:	3506241927
Dirección Resp:	CALLE 30 C SUR 0 09 ESTE		

AFILIACION SGSSS

Tipo Paciente:	Contributivo	Nivel SocioEconómico:	0	SISBEN Nivel SocioEconómico:	0
Ficha SISBEN:		Tipo de Población Especial:			
Entidad Administradora	RC034 - EPS FAMISANAR SAS SOAT -15%	I. indigena S.Iva Social M. Menor en Proteccion G. Indigente D Desplazado O.Otros			

SOLICITUD DE REFERENCIA

NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO	CODIGO DIAGNOSTICO
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTAN	F193

NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO	IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES
	NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL

PEDIATRIA - INTERCONSULTA POR ESPECIALISTA EN PEDIATRIA	39140-20	3BL - UMHS SAN BLAS	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	"SE DESMAYO EN EL COLEGIO DESPUES DE TOMARSE UN A DROGA "					
	PACIENTE TRAIDA POR LA MADRE QUEIN REIFERE DESPUES DE PREPARARDIHIROCODEINA JARBE+ GASEOSA+ DULCE PRESENTO EPISODIO DE LIPOTIMIA VERTIGO SOMNOLIENCIA CEFALEA LEVE NAUSEAS, REIFERE REALIZAR ESTO EN INSTITUCION EDUCATIVA.					
Examen Físico:	NORMOCEFALO, CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, ESCLERAS ANICTERICAS, PUPILAS ISOCORICAS NORMOREACTIVAS A LA LUZ, OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL, MUCOSA ORAL HUMEDA, ROSADA, NO ERITEMA OROFARINGEO. MOVIL, NO DOLOR A LA MOVILIZACION, NO MASAS, NO ADENOMEGLIAS. TORAX SIMETRICO, NORMOEXPANSIVO, RUIDOS CARDIACOS: RITMICOS SIN SOPLOS AUDIBLES. RUIDOS RESPIRATORIOS CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SIN SOBREAGREGADOS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA. ABDOMEN CON PERISTALTISMO CONSERVADO, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL, NO MASAS NI MEGALIAS PALPABLES. GENITALES EXTERNOS NO REVISADOS. EXTREMIDADES SIMETRICAS, EUTROFICAS, MOVILES, SIN EDEMA, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS, PULSOS DISTALES PRESENTES. NEUROLOGICO SIN DEFICIT MOTOR O SENSITIVO APARENTE. PIEL SIN LESIONES.					
Signos Vitales	TA: 117/67	FC: 88 x Min	FR: 22 x Min	GlasGow: 15	TC: 0,0000	Peso: 63,0000
Resultados Exámenes Diagnósticos:						

Ginecobstétricos: G: 0 | P: 0 | A: 0 | C: 0 | Edad Gestante: 0 Sem | FCF: 0 | Alt Uterina: 0
☐ Actividad Uteri ☐ Actividad Uterina Regula ☐ Amenorrea ☐ Ruptura Membran

TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES	PACIENTE DE 14 AÑOS DE DDA TRAIDA POR LA MADRE QUEIN RIEFERE TRAELO DADO QUE PRESENTA LIPOTIMIA POSTERIOR A INGESTA DE MEZCLA NOACCIDENTAL DE DIHIROCODEINA + GASEOSA Y DULCES, PACIENTE REIFRE SER PRIMER EPISODIO, REIFERE REALZIAR ESTO PARA PODER ALUCINAR"", ALE XMAEN FISICOA CPEITNE EN BUEN ETSAD GENRL,A FEBRIL, HIDRATADA, NO DIFICULTAD RESPIRATORIA NO AGREGADOS PULMOANRES, ABDOMEN BLANDO NO IMPRESIONA DOLOR, NUROLOGICAMENTE SIN ALTERACIONES, SE CONSIDERA HOPITALIZAR SE SOLICITA VAL POR
-------------------------------	---

MOTIVO REFERENCIA

1.Servicio no ofertado☐

3. Falta de Insumos☐

5. Falta de Camas☐

7.Emergencia Sanitaria☐

9. Ausencia de Convenio☐

2. Ausencia de Profesional☐

4. Falta de Equipos☐

6. Cese de Actividades☐

8. Requiere manejo otro nivel☐

10. Devolucion Injustificada☐

11. Otro:☐

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:

Pinilla

Firma:

Datos del Pofesional que Realiza la Referencia

Medico PINILLA BAER JAIRO MANUEL

Registro 79319224