



HOSPITAL SAN JOSE MARIQUITA ESE
NIT. 890706067-3
CARRERA 4 CALLE 10 Y 11 (Tel:2520526)

Remisiones
201812210094 - 1
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Día: 21 Mes: 12 Año: 2018 No. Historia Clínica: CC52120232

Paciente (Datos Basicos)

Nombres y Apellidos MARTHA LUCIA MINA CARDONA
Documento de Identidad: CC 52120232 **Genero:** Femenino **Edad:** 15/10/1972 - 46 Año(s)
Dirección: CALLE 2 N. 9-35 **Telefono:** 3102789672
Municipio: MARIQUITA **Departamento:** Tolima **Zona:** Urbana
Responsable del Usuario:
Aseguradora: NUEVA EPS SA **Regimen:** Contributivo

Datos de las Referencias

Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
21/12/2018	21/12/2018	URGENCIA.	MEDICINA GENERAL
Modalidad de Solicitud	Servicio al que se remite	Especialidad	
Remision	PSIQUIATRI.	PSIQUIATRI.	

Remisión

Motivo: Nivel de competencia **Medico que Remite:** URUEÑA FANDIÑO GINNA ZORAIDA
Autorización: X

Descripción

PACIENTE DE 46 AÑOS DE EDAD , CON ANTECEDENTE DE EPISODIO PSICOTICO HACE 6 MESES , FUMADORA ACTIVA DE CIGARRILLO, CON PREPARACION ACADEMICA TECNOLÓGICA , QUIEN EN LOS ULTIMOS 6 DIAS HA PRESENTADO CONDUCTAS DE TIPO DELIRANTE EPISODICAS, LABILIDAD EMOCIONAL , INSOMNIO , EPISODISO DE HETEROAGRESIVIDAD VERBAL , PÉRDIDA DEL CONTACTO CON LA REALIDAD, LOGORREICA . REFIERE QUE HACE 2 MESES SUSPENDIO TRATAMIENTO ,EXAMEN FISICO: TA: 117/78 FC: 69 FR: 19 STO2: 98% AMBIENTE. NORMOCEFALO, CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO SIN AGREGADOS RCR NO SOPLOS, ABDOMEN DEPRESIBLE, NODOLOR, EXT EUTROFICAS SIN EDEMAS, SNC SIN DEFICIT APARENTE. PACIENTE CON CUADRO DESCRITO ANTERIORMENTE, AL MOMENTO NO ACEPTA CONDUCTA NI TRAMIENTO, PACIENTE CON TRASTORNO PSICOTICO AGUDO, POR LO CUAL SE DECIDE INICAR TRAMITES DE REMISION . GRACIAS

Firma y Sello

Cedula: 24339060

Registro Prof: 1013176

DX Principal : TRASTORNO PSICOTICO AGUDO POLIMORFO, SIN SINTOMAS DE ESQUIZOFRENIA **Código CIE:** F230

Nivel de Competencia

Nivel que Remite: 1 **Nivel al que Remite:** 3

Hora Solicitud

Hora: 10 **Minutos:** 43

Hora Confirmación

Hora: 10 **Minutos:** 43

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): X

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)

Hora: **Minutos:**

Nombre del Conductor: **No. Placa Ambulancia:**

Impreso por:

ALEXANDRA GARCIA ZARATE
AUXILIAR DE ENFERMERIA