

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/12/7 Hora: 09.47

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231
CC ☐

-0
DV

Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA

Teléfono 8 7405030

Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SALAS HERNANDEZ JULIO CESAR

1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

7169603

Número documento de identificación

Fecha de Nacimiento 1975-04-27

Dirección de la Residencia Habitual: KRA 25 25 87

Teléfono:

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037

Examen Físico:

Inspección General

Inspección general: Normal

Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, ALERTA, ORIENTADO, EUPROSEXICO, PENSAMIENTO LOGICO, COHERENTE, EULALICO, SIN ALT DEL CURSO, NI DEL CONTENIDO, SENSO PERCEPCION SIN ALTERACION, INTROSPECCION PARCIAL, JUICIO DEBILITADO, REALIZA LEVE AUTOCRITICA DE SU CONSUMO E IMPACTO, LEVE TEMBLOR DISTAL, INTELIGENCIA DE APRIENCIA NORMAL, NO SX DE PSICOSIS, CONDUCTA MOTORA ADECUADA

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 16/12/2018 06:56

Subjetivo, objetivo y análisis: EVOLUCION PSIQUIATRIA

PACIENTE DE 43 AÑOS CON DX DE

TX MENTALES Y DE LA CONDUCTA ASOCIADOS A CONSUMO DE ALCOHOL-DEPENDENCIA -DEPRIVACION LEVE -MODERADA
HEPATOPATIA ALCOHOLICA-CIRROSIS HEPATICA-RIESGO DE ENCEFALOPATIA HEPATICA
CRISIS CONVULSIVA FACILITADA POR SUPRESION ALCOHOLICA

PACIENTE ADECUADAS CONDICIONES GENERALES, SIN NUEVOS EPISODIOS CONVULSIVOS, NIEGA ALTERACIONES EN LA
SENSOPERCEPCION CON MEJORIA EN PATRON DEL SUEÑO, NIEGA DESEOS DE CONSUMO, MANIFIESTA SENTIRSE MEJOR.

Plan de manejo: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CONSUMO CRONICO DE ALCOHOL, MULTIPLES INTERNACIONES EN CAD, CON POBRE
ADHERENCIA Y RTA, REINCIDENCIA EN EL CONSUMO, CUADRO DE CIRROSIS HEPATICA SECUNDARIA DIAGNOSTICADO HACE 4 MESES, QUIEN
PRESENTA PATRONES DE CONSUMO DE ALTO RIESGO (DEPENDENCIA-ABUSO), ULTIMA HOSPITALIZACION EN LA INSTITUCION HACE 4 MESES
DONDE PACIENTE Y FAMILIARES SOLICITARON RETIRO VOLUNTARIO, ESTANDO LIBRE DE CONSUMO HASTA HACE 15 DIAS, DONDE PRESENTA
RECAIDA 1 BOTELLA DIA DE AGUARDIENTE Y CERVEZA, ULTIMO CONSUMO HACE 3 DIAS, INGRESA POR PRESENTAR CUADRO CONVULSIVO Y
SINDROME DE ABSTINENCIA A ALCOHOL. PACIENTE EN EL MOMENTO SIN SINTOMAS DE ABSTINENCIA, NIEGA DESEOS DE CONSUMO, REFIERE
ADECUADO PATRON DEL SUEÑO REALIZA POBRE AUTOCRITICA DE SU PATRON DE CONSUMO E IMPACTO PARA SU SALUD.

Diagnóstico:

F102 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: SINDROME DE DEPENDENCIA Estado: Impresión
diagnóstica Tipo: Principal

Z731 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

F103 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DEL ALCOHOL: ESTADO DE ABSTINENCIA Estado: Impresión diagnóstica
Tipo: Relacionado

K703 CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

714183



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/12/17 Hora: 09:47

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA NIT ☒ 891800231 -0
CC ☐ DV

Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
Teléfono 8 7405030
Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SALAS HERNANDEZ JULIO CESAR
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

7169603

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1975-04-27

Dirección de la Residencia Habitual: KRA 25 25 87 Teléfono:

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE NO TIENE NO TIENE NO TIENE

1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☐ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

Número Documento Identificación

Dirección de la Residencia Habitual: Teléfono:

Departamento: Municipio:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre ALBA MALDONADO JUAN CARLOS Teléfono: 98 7405030

Indicativo Número Extensión

Servicio que solicita la referencia Hospitalización PSIQUIATRIA Teléfono Celular

Servicio para el cual se solicita la referencia Hospitalización ADMINISTRATIVO

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE DE 43 AÑOS QUIEN ES TRAIDO POR LA CRUZ ROJA EN AMBULANCIA POR CUADRO DE APROXIMADAMENTE 1 HORAS DE EVOLUCION, REFIEREN LO ENCUENTRAN EN VIA PUBLICA CON EPISODIO CONVULSIVO DE APROXIMADAMENTE 3 MINUTOS CON PERIODO POSICTAL DE 10 MINUTOS Y POSTERIOR RECUPERACION DE ESTADO DE CONCIENCIA. EL PACIENTE REFIERE ANTECEDENTE DE CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA Y PREVIOS EPISODIOS CONVULSIVOS DURANTE PERIODOS DE ABSTINENCIA ULTIMO HACE 1 AÑO. ADICIONALMENTE REFIERE EN EL ULTIMO MES CONSUMO DE ALCOHOL DIARIO Y LLEVA 24 HORAS SIN CONSUMO DE ALCOHOL.

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/12/17 Hora: 09:47

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231
CC ☐

-0
DV

Código 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
Teléfono 8 7405030
Indicativo Número Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SALAS HERNANDEZ JULIO CESAR
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación
☐ Cédula de Extranjería

7169603

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1975-04-27

Dirección de la Residencia Habitual: KRA 25 25 87 Teléfono:
Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: LACTATO RINGER (SOLUCION HARTMAN) 500 ML SOLUCION INYECTABLE
METOCLOPRamida 10 MG/2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
RANITIDINA (CLORHIDRATO) 50 MG/2 ML DE BASE SOLUCION INYECTABLE
DIAzepam 10 MG/2 ML SOLUCION INYECTABLE
FENITOINA SODICA 250 MG/5 ML SOLUCION INYECTABLE
FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA
LORAzepam 2 MG TABLETA
TIAMINA 300 MG TABLETA
SODIO CLORuro 0.9% X 500 ML SOLUCION INYECTABLE
TIAMINA 300 MG TABLETA
TIAMINA 300 MG TABLETA
FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA
TIAMINA 100 MG/ML SOLUCION INYECTABLE
TIAMINA 300 MG TABLETA
FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA
LORAzepam 2 MG TABLETA
LORAzepam 2 MG TABLETA
LORAzepam 2 MG TABLETA
TIAMINA 300 MG TABLETA
FOLICO ACIDO 1 MG TABLETA
LORAzepam 2 MG TABLETA

Motivos de remisión:

REFERENCIA
NO CONVENIO EPS

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma: Registro: 151631-2004