

**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 **299203**  
 Fecha de radicación de la Referencia **28/10/2018 12:24:30**  
 Hora de radicación de la Referencia **12:24:30 p. m.**

Tipo Usuario <input type="text" value="Ambulatorio"/> 1. Ambulatorio <input type="checkbox"/> 2. En Urgencias <input type="checkbox"/> 3. Hospitalización <input type="checkbox"/>	Tipo Remisión <input type="text" value="3"/> 1. Electiva <input type="checkbox"/> 2. Electiva Prioritaria <input type="checkbox"/> 3. Urgente <input type="checkbox"/> 4. Hospitalización <input type="checkbox"/>
---	---

**IDENTIFICACION DEL PACIENTE**

<b>Nombre Paciente:</b>	CLAUDIA MARCELA YEPES CASTILLO	<b>Identificación:</b>	52756063	52756063	<b>Sexo:</b>	Femenino	
<b>Fecha Nacimiento :</b>	13/04/82 12:00:00 a. m.	<b>Edad Actual:</b>	36 Años \ 6 Meses \ 15 Días	<b>AREA DE SERVICIO</b>	ISCU02	<b>INGRESO</b>	3568986
<b>Dirección:</b>	CALLE 14A 80D 29	<b>Teléfono:</b>	3058182374	<b>Localidad</b>	BOGOTA		

CC Cedula de Ciudadanía 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)**

<b>Responsable:</b>	MERY CASTILLO	<b>Teléfono Resp:</b>	3058182374
<b>Dirección Resp:</b>	CALLE 14A 80D 29		

**AFILIACION SGSSS**

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

**SOLICITUD DE REFERENCIA**

<b>NOMBRE DEL DIAGNÓSTICO</b>	<b>CODIGO DIAGNOSTICO</b>
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO DEPRESIVO GRAVE PRESENTE, CON SINTOMAS PSICOTICOS	F333

<b>NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO SOLICITADO</b>	<b>IDENTIFICACION DE INSTITUCIONES</b>
	<b>NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION INICIAL</b> <b>NOMBRE DEL PUNTO DE ATENCION DESTINO FINAL</b>

INTERNACION EN UNIDAD DE SALUD MENTAL COMPLEJIDAD ALTA	38271	1SC - UMHES SANTA CLARA	<b>2</b>	<b>F</b>	<b>B</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
UNIDAD DE SALUD MENTAL											

**NIVEL DE ATENCION REQUERIDO :** I NIVEL: ☐ II NIVEL: ☐ III NIVEL: ☐

**RESUMEN HISTORIA CLÍNICA**

<b>Anamnesis</b>	INGRESA PACIENTE AL SERVICIO DE URGENCIAS EN CAMILLA DE AMBULANCIA MOVIL 5179 DE LA SECRETARIA DE SALUD, BAJO RESPONSABILIDAD DR RAFAEL LOPEZ QUIEN REFIERE CUADRO DE EVOLUCION 1 HORA DE EVOLUCION DE TOMAR 25 MG DE CLONAZEPAM Y 5 TABLETAS DE LORAZEPAM DE 2 MG					
	PACIENTE EN TRASLADO PRIMARIO, POR INGESTA AUTOINFLINGIDA DE MEDIO FRASCO DE CLONAZEPAM SOLUCION Y 5 TABLETAS DE LORAZEPAM DE 2 MG; PACIENTE REFIERE QUE HA ESTADO DESDE HACE 2 SEMANAS CON OTALGIA Y POLIMIALGIAS, QUE CONSULTO AYER A COLSUBSUIDIO, QUE NO ESTUVO CONFORME CON ATENCION MEDICA POR LO CUAL TOMO DICHOS MEDICAMENTOS; ACTUALMENTE REFIERE ASTENIA, ADINAMIA, SOMNOLENCIA; NIEGA, DISNEA, EMESIS, NAUSEAS, DIARREA, DISURIA, DOLOR; REFIERE ANTECEDENTE DE DEPRESION EN TRATAMIENTO CON CLOZAPINA, CLONAZEPAM, LORAZEPAM.					
<b>Examen Físico:</b>	SIN HALAZGOS POSITIVOS					
<b>Signos Vitales</b>	TA: 105/70	FC: 98 x Min	FR: 20 x Min	GlasGow: 15	TC: 0.0000	Peso: 60.0000

<b>Resultados Exámenes Diagnósticos:</b>						
--	--	--	--	--	--	--

**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

<b>TRATAMIENTOS / COMPLICACIONES</b>	PACIENTE FEMENINO, ADULTO JOVEN, CON ESCOLARIDAD TECNICA, MADRE DE DOS HIJOS MENORES DE EDAD, CON ANTECEDENTE APARENTE DE ENFERMEDAD MENTAL TIPIFICADA COMO DEPRESION, ES TRASLADADO POR PRESNETAR CUADRO AGUDO DE ALTERACION EN EL HUMOR, QUE PRODUCE MALESATAR SIGNIFICATIVO, QUIEN EL DIA DE AYER PRESENTA ALTERACION COMPORTAMENTAL Y REALIZACION DE CONDUCTA AUTOLESIVA CON FINES SUICIDIA A TRAVES DE INGESTA DE MEDICACION. A LA VALORACION CON SIGNOS Y SINTOMAS COMPATIBLES CON UN TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO ACTUAL GRAVE, SIN CRITICA E LO OCURRIDO, CON PERSISTENCIA DE DESESPERANZA, EN QUE SE EVIDENCIA ESTRÉS FAMILIARES Y SOCIALES, ADEMÁS DE PRESENTAR MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO, INCLUIDO RASGOS LÍMITROFES DEL CARÁCTER, RAZÓN POR LA CUAL SE INDICA, POSTERIOR A ESTABILIZACIÓN, MANEJO INTRAMURAL EN UNIDAD DE SALUD MENTAL, PARA ESTABILIZACIÓN DE CUADRO, CONTECION AMBIENTAL, INICIO DE TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO Y PSICOTERAPÉUTICO. SE EXPLICA PLAN. SE SOLICITA
--------------------------------------	--

**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:

Firma:

Datos del Profesional que Realiza la Referencia

Medico MIRANDA JIMENEZ RAFAEL JOSE

Registro 84451899