

	<b>FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES</b>	CÓDIGO: MI-SC-F-168-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	PÁGINA : 1 DE 3
		FECHA : 15/11/2017

Número de Planilla	Fecha de Referencia /Hora	<b>ACTUALIZACIÓN</b>	
		Fecha / Hora	

Tipo de Usuario				Tipo de Atención			
1. Ambulatorio	2. Urgenciasx	3. Hospitalización		1, Electiva	2. E. Prioritaria	3, Urgente	4, Hospitalización X

<b>Identificación del Paciente</b>			
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido
NATALIA		BAZURTO	

<b>EDAD</b>				<b>SEXO</b>		F. Nacimiento		Documento No.	1032403240	Tipo	CC
30	AñosX	Meses	Días	M	F	Dirección de Residencia					

Barrio	San Antonio N	Localidad	Engetra	Teléfono	4560056
<b>Persona Responsable del Paciente</b>					

Nombre	Catalina Pérez					
Dirección	Ca 111 # 64 D-18				Teléfono	320252954

<b>Afiliación SGSSS</b>											
Subsidiado		Clasf. Socioeco.		Nivel de SISBEN	1	2	3	4	5	6	Población Especial
Contributivo	X	Particular		No Ficha							I. Indígena S. IVA Social M. Menor en Protección
Entidad Administradora	CAPITAL SAESD			Otro Régimen							G. Indigente D. Desplazado O. OtroX

<b>Solicitud de referencia</b>											
Fecha	Día	30	Mes	11	Año	18	Hora		AM	PM	Edad Gestacional (sem)

<b>Identificación de Instituciones</b>											
Nombre de Procedimiento Solicitado	Código del Servicio Solicitado		Nombre Punto de Atención Destino Inicial		Bodigo Punto de Atención Destino Inicial		Nombre punto de atención Destino Final		Código Punto de Atención Destino Fina		
Hospitalizacion en unidad	1	2	7	1	0						
Mental de hospital general	1	2	7	2	0						

Anamnesis	
REfire dede hac mas o menos 3 años dolor cronico lumbar. Para el cual hacen hace un año manejo con esteroides, al parecer hubo yatrogenia con dosis excesiva que llevo a sindrome de Cushing severo y	

	<b>FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES</b>	CÓDIGO: MI-SC-F-168-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	PÁGINA : 2 DE 3
		FECHA : 15/11/2017

múltiples complicaciones a su salud física ( osteopenia, mayor dolor, depresión, catarata, obesidad). Vena en control con psiquiatra recibió venlafaxina no tolero y ahora 3 meses con duoxetina no toleraba bien por tanto hace solo un mes con dosis terapéutica de 60 mg. Persisten depresión, muy centrada en su dolor y alteraciones médicas, refiere desde hace varios meses una pared de su mente le dice que se mate, haci muchos planes. Hace una semana le operan de nuevo la columna, no queda bien y el dolor es muy intenso. todo esto sumado a que su expareja padre de su hijo reaparece para la cirugía y de nuevo la abandona, razón por la cual ayer se decide a suicidarse ingiriendo 30 cap de pregabalina. Dice sentirse muy deprimida, desesperanzada y desear morir " si me dejan sola lo haría de nuevo"

#### Examen físico

Colabora. Se relaciona adecuadamente. Psicomotor limitación en movimientos inferiores. Afecto tristeza marcada, llanto profuso. Pensamiento lógico coherente relevante, referencial, hipersensible no ideas delirantes, ideas suicidas persistentes, desesperanza. Niega Alucinaciones, Sensorio adecuada orientación en tres esferas. memoria conservada Inteligencia promedio normal. Juicio debilitado

#### Resultados de Exámenes Diagnósticos

Nombre del Diagnostico	Código de Dx			
Episodio depresivo grave sin psicosis	F	3	2	2
Lesión autoinfligida con medicaciones				

*Clínica Psiquiátrica*  
**Psiquiatra**  
 C.C. 34.169.346

	<b>FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES</b>	CÓDIGO: MI-SC-F-168-01
		VERSIÓN :1
	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD NORTE E.S.E GESTIÓN DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS	PÁGINA : 3 DE 3
		FECHA : 15/11/2017

Tratamiento /Complicaciones	<p>Remision a UNIDAD DE SALUD MENTAL EN HOSPITAL GENERAL</p> <p>2. Compañía permante</p> <p>3. Vigilara intento suicida.</p> <p>4. Duloxetine cap x 60 mg 1 diaria, oral</p> <p>5. Lorazepam tab x 1 mg media cda 8 horas</p> <p>6</p> <p>Analisis clinico y objetivos terapeuticos: Paciente ocn dolor cornico, mulples complicaiones medicas probable yatrogenia, con ALTO REISGO SUICIDA PERSISTENTE. Requiere hospilitazacion en UNIDAD DE SALUD MENTAL EN</p>

**Motivo de Referencia**

Servicio no Ofertado	<input checked="" type="checkbox"/>	Falta de insumos	<input type="checkbox"/>	Falta De Camas	<input type="checkbox"/>	Emergencia Sanitaria	<input type="checkbox"/>
Ausencia de Profesional	<input type="checkbox"/>	Falta de equipos	<input type="checkbox"/>	Cese de Actividades	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

CRISTINA MUÑOZ MOLANO		
Profesional que realiza la remisión / R.M.	Institución / Profesional que acepta la remisión	Fecha /Hora

**CANCELACIÓN DE LA REMISIÓN**

Fecha y Hora		Profesional que Cancela	
Motivo de Cancelación			

  
 Cristina Muñoz Molano  
 Psicóloga  
 C.C. 31469-346