



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

Remisiones
201807110351 - 2
SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Día: 12 Mes: 07 Año: 2018 No. Historia Clínica: RC1111201867

Paciente (Datos Basicos)

Nombres y Apellidos JOHAN ANDRES RIOS CARDONA
Documento de Identidad: CC 1111201867 **Genero:** Masculino **Edad:** 04/03/1995 - 23 Año(s)
Dirección: MZ 1 CS **Telefono:** 3202314243
Municipio: MARIQUITA **Departamento:** Tolima **Zona:** Urbana
Responsable del Usuario:
Aseguradora: NUEVA EPS SA **Regimen:** Subsidiado POS

Datos de las Referencias

Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
11/07/2018	12/07/2018	INTERNAC.	MEDICINA GENERAL
Modalidad de Solicitud	Servicio al que se remite	Especialidad	
Remision	PSIQUIATRI.	PSIQUIATRI.	

Remisión

Motivo: Nivel de competencia **Medico que Remite:** MARTIN PEDRO TOLOZA GONZALEZ

Autorización: X

Descripción

PACIENTE 23 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 2 DIAS: INTOXICACION POR ALUCINOGENOS SIN COMPLICACIONES EN ESTADO DE CONCIENCIA O COMPLICACION CARDIORESPIRATORIAS . PACIENTE CON CAMBIOS COMPORTAMENTALES QUE HAN AFECTADO SU CALIDAD DE VIDA Y LA DE SU ENTORNO. HA PRESENTADO ANSIEDAD , EUFORIA, ESTADOS DEPRESIVOS, TEMORES, AGRESIVIDAD, HURTO, CAMBIOS DEL COMPORTAMIENTO, IDEAS PARANOIDES, INCOHERENCIA, ALUCINACIONES, INSOMNIO. CAMBIOS QUE SE HAN INCREMENTADO EN LAS ULTIMAS SEMANAS. CONSUMIDOR DIARIO DE ALUCINOGENOS. SE DECIDE INICIAR TRAMITE DE REMISION PSIQUIATRIA. AP: DROGADICCION DESDE LOS 16 AÑOS DE EDAD. OCUPACION: PANADERO AQX: NEGATIVO ATA; NEGATIVO EF: BUEN ASPECTO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO, NO DISNEA, HIDRATADO, AFEBRIL, AFECTO INESTABLE, CAMBIOS DE HUMOR FACIL. TA 120/78 FC 78 FR 18 SPO2 99% CP/ NORMAL ABD/ BLANDO DEPRESIBLE NO VISCEROMEGALIAS, NO DOLOR GU / NORMAL EXT/ NO EDEMAS, NEURO / NO DEFICIT, RESTO NORMAL DX: DROGADICCION / INTOXICACION POR ALUCINOGENOS PLAN: REMISION PSIQUIATRIA

Firma y Sello

Cedula: 13477707

Registro Prof: 54-02005

DX Principal : DOLOR EN EL PECHO, NO ESPECIFICADO **Código CIE:** R074

Nivel de Competencia

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

Hora Solicitud

Hora: 08 **Minutos:** 36

Hora Confirmación

Hora: 08 **Minutos:** 36

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:

MONTOYA GARZON YOLI MARGARITA
AUXILIAR DE ENFERMERIA