

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

**Fecha:** 2019/01/09    **Hora:** 04:18

#### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

<b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A.				<b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/> 890703630	<b>-7</b>
				<b>CC</b> <input type="checkbox"/>	<b>DV</b>
<b>Código</b>	730010105001		<b>Dirección Prestador:</b>	CRA. 1 NO. 12-22	
<b>Teléfono</b>	8	2708000			
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	TOLIMA	73
			<b>Municipio:</b>	IBAGUE	001

#### DATOS DEL PACIENTE

MENDEZ		VILLAREAL		MARIO		FERNANDO	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1109005951	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		<b>Número documento de Identificación</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1997-06-28	
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			MZ T CASA 15 BARRIO HACEIND PIEDRA PITNADA				<b>Teléfono:</b> 3124264434
<b>Departamento:</b>		TOLIMA		73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE	73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			NUEVA EPS S.A.		<b>Código:</b>	EPS037	

#### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE		NO TIENE		MARIO		FERNANDO MENDEZ VILLAREAL	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil		<input type="checkbox"/>	Pasaporte		1109005951	
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		<b>Número Documento Identificación</b>	
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación			
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			MZ T CASA 15 BARRIO HACEIND PIEDRA PITNADA				<b>Teléfono:</b> 3124264434
<b>Departamento:</b>					<b>Municipio:</b>		

#### PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

<b>Nombre</b>	JAVIER AUGUSTO USECHE POLANIA		<b>Teléfono:</b>	098	2708000	
			<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Extensión</b>	
<b>Servicio que solicita la referencia</b>		Urgencias MEDICINA GENERAL		<b>Teléfono Celular</b>		
<b>Servicio para el cual se solicita la referencia</b>			Urgencias PSIQUIATRIA			

#### INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

**Anamnesis:**

SE ESCAPÓ

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

**Fecha:** 2019/01/09    **Hora:** 04:18

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A.				<b>NIT</b> <input checked="" type="checkbox"/>	890703630		-7
				<b>CC</b> <input type="checkbox"/>			DV
<b>Código</b>	730010105001		<b>Dirección Prestador:</b>	CRA. 1 NO. 12-22			
<b>Teléfono</b>	8	2708000					
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	TOLIMA	73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE 001

**DATOS DEL PACIENTE**

MENDEZ		VILLAREAL		MARIO		FERNANDO	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1109005951			
				<b>Número documento de Identificación</b>			
				<b>Fecha de Nacimiento:</b>		1997-06-28	
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>			MZ T CASA 15 BARRIO HACEIND PIEDRA PITNADA				<b>Teléfono:</b> 3124264434
<b>Departamento:</b>	TOLIMA			73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE	73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>			NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>	EPS037

**Examen Físico:**

ABDOMEN  
ABDOMEN: Normal  
ASPECTO GENERAL  
ASPECTO: Normal, PACIENTE EN ACEPTABLES CONDICIONES GENERALES, ALERTA, ORIENTADO EN 3 ESFERAS. CABEZA Y CUELLO: MUCOSAS HÚMEDAS, ESCLERAS ANICTÉRICAS, CUELLO MÓVIL SIN MASAS. TÓRAX: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS. ABDÓMEN: BLANDO, RUIDOS INTESTINALES (+), SIN DOLOR A PALPACIÓN, SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL. EXTREMIDADES: MÓVILES, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR <2 SEG. NEUROLÓGICO: SIN DÉFICIT.  
ORL/SENTIDOS: Normal  
PIEL Y ANEXOS: Normal  
CUELLO  
CABEZA-CUELLO: Normal  
MIEMBROS  
EXTREMIDADES: Normal  
NEUROLÓGICO  
NEUROLÓGICO: Anormal, NEUROLÓGICO: GLASGOW 15/15, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, SIN DÉFICIT EN PARES CRANEALES, FUERZA Y SENSIBILIDAD CONSERVADA, ROT (++)/++++) EN 4 EXTREMIDADES, HOFFMAN Y BABINSKI (-), SIN SIGNOS MENÍNGEOS.  
EXAMEN MENTAL: ESQUIVA, NO REALIZA CONTACTO VISUAL, MALA HIGIENE PERSONAL, EUPROSÉXICO, ORIENTADO EN 3 ESFERAS, EULÁLICO, AFECTO ANSIOSO, INQUIETUD MOTORA, EUPSÍQUICO, SIN ALTERACIONES EN LA SENSOPERCEPCIÓN, INTROSPECCIÓN REGULAR, PROSPECCIÓN INCIERTA, JUICIO Y RACIOCINIO CONSERVADO.  
TORAX  
TORAX: Normal

**Diagnóstico:**

F429 TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado  
F920 TRASTORNO DEPRESIVO DE LA CONDUCTA Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado  
Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado  
F193 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS: ESTADO DE ABSTINENCIA Estado: Confirmado Nuevo Tipo: Principal

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

**Fecha:** 2019/01/09    **Hora:** 04:18

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

<b>Nombre</b> CLINICA TOLIMA S.A.				<b>NIT</b>	<input checked="" type="checkbox"/>	890703630	-7
				<b>CC</b>	<input type="checkbox"/>		DV
<b>Código</b>	730010105001		<b>Dirección Prestador:</b>	CRA. 1 NO. 12-22			
<b>Teléfono</b>	8	2708000					
	<b>Indicativo</b>	<b>Número</b>	<b>Departamento:</b>	TOLIMA	73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE 001

**DATOS DEL PACIENTE**

MENDEZ		VILLAREAL		MARIO		FERNANDO	
<b>1er Apellido</b>		<b>2do Apellido</b>		<b>1er Nombre</b>		<b>2do Nombre</b>	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>							
<input type="checkbox"/>	Registro Civil			<input type="checkbox"/>	Pasaporte		
<input type="checkbox"/>	Tarjeta de Identidad			<input type="checkbox"/>	Adulto sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/>	Cédula de Ciudadanía			<input type="checkbox"/>	Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/>	Cédula de Extranjería						
				1109005951			
				<b>Número documento de Identificación</b>			
				<b>Fecha de Nacimiento:</b>		1997-06-28	
<b>Dirección de la Residencia Habitual:</b>		MZ T CASA 15 BARRIO HACEIND PIEDRA PITNADA				<b>Teléfono:</b>	3124264434
<b>Departamento:</b>	TOLIMA		73	<b>Municipio:</b>	IBAGUE		73001
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b>		NUEVA EPS S.A.			<b>Código:</b>	EPS037	

**Motivos de remisión:**

REFERENCIA  
PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TOC Y CONSUMO DE SPA CURSANDO CON CUADRO DE TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO SECUNDARIO A CONSUMO DE SPA (BASUCO) PRESENTANDO MARCADA ANSIEDAD POR EL CONSUMO PERO VERBALIZA DESEOS DE DESINTOXICACIÓN POR LO CUAL REQUIERE VALORACION POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA PERO AL NO CONTAR CON DICHO SERVICIO EN LA INSTITUCIÓN, SE INDICA REMISIÓN

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Registro:** 1106396939