

719766

## ANEXO TECNICO No.9

### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/10/14 Hora: 10:16

#### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
				CC <input type="checkbox"/>	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

GORDILLO	APONTE	LUIS	CARLOS
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Registro Civil  <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad  <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía  <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería         </div> <div> <input type="checkbox"/> Pasaporte  <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación  <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación         </div> </div>			
		1053558415	
		Número documento de Identificación	
		Fecha de Nacimiento: 1988-05-01	
Dirección de la Residencia Habitual:		VEREDA CARRIZAL	
Departamento:		BOYACA	15
		Municipio:	JENESANO
			15367
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		FAMISANAR SAS EPS-C	
		Código:	EPS017

#### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Registro Civil  <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad  <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía  <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería         </div> <div> <input type="checkbox"/> Pasaporte  <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación  <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación         </div> </div>			
		Número Documento Identificación	
Dirección de la Residencia Habitual:			
Departamento:			
		Municipio:	

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

Nombre	ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR	Teléfono:	
		Indicativo	Número
		Extensión	
Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA	Teléfono Celular	
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL		

#### INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

**Anamnesis:**  
 PACIENTE SEXO MASCULINO DE 30 AÑOS TRAIDO POR EL PADRE QUIEN REFIERE QUE "HA ESTADO ANSIOSO, ROMPE COSAS, AGRESIVO, SE RASGUÑA LA CARA". REFEIRE QUE HA TENIDO CUADRO SIMILAR EN DIFERENTES OCASIONES. UNA VEZ EL PADRE SE RETIRA DEL CONSULTORIO, EL PACIENTE REFIERE QUE EN HORAS DE LA MAÑANA "COGI UN CUCHILLO YME LO QUERIA ENTERRAR".

**Examen Físico:**  
 Neurológico y Mental  
 Neurológico y Mental Anormal, PACIENTE ECOMPAÑIA DE SU PADRE, DESALIÑADO, MALA PRESENTACION Y ASEO PERSONAL. ACTITUD COLABORADORA, MOTOR HIPERBULICO, INQUIETO, INTRUSIVO, AFECTO IRRITABLE, LLANTO FÁCIL LENGUAJE EULALICO. PENSAMIENTO SIN ALTERACION DEL CURSO Y CONTENIDO, IMPRESIONA INTELIGENCIA POR DEBAJO DEL PROMEDIO. S/P: ALUCINACIONES VISUALS Y AUDITIVAS COMPLEJAS. JUICIO DEBILITADO, INTROSPECCION ESCASA

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/10/14 Hora: 10:16

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	<input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>	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

GORDILLO	APONTE	LUIS	CARLOS										
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre										
<p>Tipo Documento de Identificación</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Registro Civil</td> <td><input type="checkbox"/> Pasaporte</td> <td rowspan="3">1053558415</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía</td> <td><input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Número documento de Identificación</p> <p>Fecha de Nacimiento: 1988-05-01</p>				<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1053558415	<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		
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1053558415											
<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													
Dirección de la Residencia Habitual:		VEREDA CARRIZAL	Teléfono:										
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: JENESANO 15367										
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		FAMISANAR SAS EPS-C	Código: EPS017										

### Resumen de la Evolución:

#### EVOLUCION

Fecha: 14/10/2018 09:06  
Subjetivo, objetivo y análisis: \*\*\*\*NOTA RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA\*\*\*\*

NATURAL Y PROCEDENTE JENESANO VDA CARRISAL  
ESTUDIOS SEPTIMO  
OCUPACIONAL AGRICULTURA  
FUNCIONALIDAD IAVD  
BIOPSIKOSOCIAL TRES HIJOS.

PACIENTE INGRESA EN COMPAÑIA DE SU (PADRE JOSE MARTIN GORDILLO) QUIEN REFEIRE CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION, CONSISTENTE EN IRRITABILIDAD MARCADA, CONDUCTAS DE HETERO Y AUTOAGRESION, MAL PATRON DE SUEÑO DADO POR INSOMNIO INTERMEDIO Y TERMINAL, A PESAR DE USO DE ZOPICLONA, ASOCIADO A EVENTOS DE ANSIEDAD INTENSA, INQUIETUD PSICOMOTRIZ, LLEGA A DESTRUIR LOS OBJETOS QUE HAY EN EL HOGAR, SIN UNA CAUSA APARENTE, SIN QUE LOGREN ESPECIFICAR OTRA SINTOMATOLOGIA RELACIONADA, YA QUE EL PACIENTE PERMENECE VIVIENDO SOLO. PADRE COMENTA EL DIA DE AYER, PACIENTE PRESENTO EVENTO DE AGRESION A TRABAJADOR DE LA FINCA, POR LO CUAL TIENE QUE INTERVENIR, POSTERIOR A LO CUAL PACIENTE AGREDE FISICAMENTE AL PADRE, RAZON POR LA CUAL DECIDEN ACUDIR A ESTA INSTITUCION.

AL ENTREVISTAR AL PACIENTE SE MUESTRA CON DISCURSO CONCRETO, IMORESIONA INTELIGENCIA POR DEBAJO DEL PROMEDIO, ES NECESARIO REPETIRLE LAS PREGUNTAS Y REPLANTEARLAS DE MANERA QUE ENTIENDA CON LENGUJE SENCILLO, PACIENTE NO LOGRA DESCRIBIR CLARAMENTE LOS SINTOMAS QUE PRESENTA, REFIERE QUE DESDE HACE UN MES PRESENTA ALUCINACIONES DE CARACTERISTICAS VISUALES Y AUDITIVAS COMPLEJAS "VEO UNAS SOMBRAS QUE ME LLAMAN, ME GOLPEAN EN LA PUERTA".

FAMILIAR COMENTA QUE PACIENTE YA HABIA TENIDO EVENTOS DE CARACTERISTICAS SIMILARES, RECIBIENDO MANEJO INTRAHOSPITALARIO, CON SEGUIMIENTO AMBULATORIO, BAJO TRATAMIENTO CON RISPERIDONA, CLONAZEPAM, CLOZAPINA Y ACIDO VALPROICO, POR TIEMPO NO ESPECIFICADO, SIENDO SUSPENDIDO POR VOLUNTAD PROPIA. SE DOCUMENTA QUE PACIENTE LLEGO A INCLUIRSE EN DEUDAS DE HASTA 100 MILLONES DE PESOS, PERO AL INTERROGAR POR DICHO EVENTO, NO SE CONSIDERA PRESENTARA CARACTERISTICAS MANIFORMES, SI NO QUE IMPRESIONA ES EN CONTEXTO DE ESCASA CAPACIDAD DE PLANEACION DE SUS ACTOS. PACIENTE CUENTA CON DOS HIJOS DE PAREJAS DIFERENTES, SIENDO EL PADRE DEL PACINETE QUIEN RESPONDE ECONOMICAMENTE POR ESOS HIJOS, ASI COMO ES QUIEN MANTIENE ECONOMICAMENTE AL PACIENTE.

SE INTERROGAN ANTECEDENTES BIOPSIKOSOCIALES: "LO TUVE VIVIENDO EN BOGOTÁ HACE 15 AÑOS PERO LE ENTRÓ EL AFÁN DE VOLVER AL CAMPO Y ALLÍ VIVE SOLO (AUNQUE UN OBRERO LE ACOMPAÑA OCASIONALMENTE)". EL PADRE COMENTA QUE DESDE ESE ENTONCES DEJÓ SUS ESTUDIOS UNIVERSITARIOS E INICIÓ USO DESCONTROLADO DEL DINERO, SE HA VISTO EN DEUDAS. ESTUVO EN CONTROL AMBULATORIO EN LA CLINICA LA PAZ "ALLÁ LE HICIERON EXAMENES Y ENCONTRARON QU NO TENÍA NADA Y LE DIJERON QUE NO LE IBAN A DAR MÁS DROGA Y LE DIJERON - NO LE HAGA GASTAR MAS PLATA A SU PAPÁ-". EL PADRE COMENTA QUE ESTA SITUACIÓN SE HA SALIDO DE CONTROL PUES SE HA TENIDO QUE VER OBLIGADO A VENDER SUS PERTENENCIAS PARA PAGAR SU DEUDAS "NO SE SABE EN QUÉ SE GASTA LA PLATA, TIENE DOS PAREJAS CADA UNA CON HIJOS Y CADA UNA LE PIDE PLATA PORQUE SEMANALMENTE SE ENFERMAN TRES VECES Y YO TERMINO RESPONDIENDO POR TODO ESO".

#### \*\*\*ANTECEDENTES

PATOLOGICOS NO REFEIRE, TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR?  
FARMACOLOGICOS RISPERIDONA CADA 12 HRS, CLONAZEPMA, ACIDO VALPROICO, ZOPICLONA

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/10/14 Hora: 10:16

### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0	
				CC	<input type="checkbox"/>		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

GORDILLO	APONTE	LUIS	CARLOS
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1053558415	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1988-05-01	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			

Dirección de la Residencia Habitual:	VEREDA CARRIZAL	Teléfono:	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: JENESANO
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	FAMISANAR SAS EPS-C	Código:	EPS017

ALEJANDRO NIEGA

TOXICOS: NIEGA

Plan de manejo: PACIENTE DE 30 AÑOS DE EDAD, CON ENFERMEDAD MENTAL NO ESPECIFICADA, RECIBIO MANEJO CON ANTIPSICOTICOS Y MODULADOR DEL ESTADO DE ANIMO CON APARENTE BUEN CONTROL DE LOS SINTOMAS, SIN EMBARGO SUSPENDIENDOLO DE MANERA VOLUNTARIA. PACIENTE CON CUADRO CLINICO DE APARENTEMENTE 3 DIAS DE EVOLUCION, CONSISTENTE EN CONDUCTAS DE HETERO Y AUTOAGRESION, IRRITABILIDAD MARCADA, CONDUCTAS AUTOLESIVAS SIN FINALIDAD SUICIDA, ASOCIADO A ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS COMPLEJAS, POR LO CUAL SE CONSIDERA AMERITA AMNEJO INTRAHOSPITALARIO. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE EXTENSION PARA DESCARTAR COMORBILIDAD, Y SE DA TRAMITE A REMISION A USM DE MANERA PRIORITARIA POR PARTE DE EPS. SE EXPLICA A FAMILIAR LA NECESIDAD DE ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS Y EL ESTADO ACTUAL DEL PACIENTE, QUIEN DICE ACEPTAR Y ENTENDER.

Diagnóstico:

F239 TRASTORNO PSICOTICO AGUDO Y TRANSITORIO - NO ESPECIFICADO DE TIPO ESQUIZOFRENICO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal

Motivos de remisión:

REFERENCIA

- SS/ REMISION A USM POR PARTE DE EPS.

### FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

M<sup>ra</sup> Alejandra Andrade S.

Firma:

Registro: 151735