

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Page 1 of 1

Fecha de Solicitud

6 11 2018

REFERENCIA N°

HISTORIA CLINICA

HOSPITAL REGIONAL DE SOGAMOSO

Código Habilitación:157590079801

Fecha de Ingreso: Cama:

05/11/2018

DATOS DEL PACIENTE

Nombre del Paciente: PABLO DANIEL BARRERA MARTINEZ

Sexo : Masculino

Edad: Días: Meses: Años: Dirección Residencia: CRA 4 N 6A 38

T.D. CC Nro. Identificación: 1052398271

Zona: Urbano X Rural

Teléfono: 3115712836

C.C. Cédula de Ciudadanía R.C. Registro Civil

M.S.I. Menor Sin Identificación

Municipio: NOBSA

T.I. Tarjeta de Identidad A.S.I. Adulto Sin Identificación

Seguridad Social en Salud: Contributivo X

E.P.S.: NUEVA EPS S.A. -- Hospitaliz

Tipo de Población Especial:

Subsidiado A.R.S. Nivel Socioeconómico Categoría A A. Indígena B. Indigente C. Menor sin Protección

Vinculado Ficha SISBEN Nivel Socioeconómico D. Desplazado E. Otro (especifique cual)

EVENTO Enfermedad General X Accidente de Tránsito (SOAT) Accidente de Trabajo (ARP) Evento Catastrófico (FOSYGA)

AMPLIACION DE LA HISTORIA CLINICA

PACIENTE MASCULINO DE 25 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MULTIPLES SPA HACE 10 AÑOS. ASOCIA ALTA AGRESIVIDAD ANSIEDAD IRRITABILIDAD ALUCINACIONES Y 3 INTENTOS DE SUICIDIO EN 2 MESES CORTES EN ANTEBRAZOS INTENTO AHORCARSE Y LANZARSE DE UN PUENTE. CONTINUAN LA IDEAS DE MUERTE POCO ESTRUCTURADAS. SE INICIA TTO CON RISPERIDONA TAB 2 MG 1-0-1 Y LEVOMEPRIMAZINA GOTAS 15-15-15. PACIENTE CON ALTO RIESGO DE AUTO HETEROAGRESIÓN Y AGITACIÓN, REQUIERE MANEJO INTRAHOSPITALARIO. SE INICIA TRAMITE DE REMISION A USM. SE EXPLICA CLARAMENTE A FAMILIARES Y A PACIENTE EL PLAN DE MANEJO QUIENES REFIEREN ACEPTAR Y ENTENDER

DIAGNOSTICOS

Código Diagnóstico

Dx Principal: TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS

F192

Dx Rel 1:

Dx Rel 2:

Dx Rel 3:

Servicio Solicitado

Nombre del procedimiento solicitado

Código CUPS

PSIQUIATRIA

Motivo de Remisión

1. Falta de Camas (IPS remite)

☐

2. Falta insumos y/o suministros

☐

3. Falta de Equipo(s)

☐

4. Ausencia del Profesional (IPS remite)

5. Requiere otro nivel de atención

☒

6. Voluntario

☐

7. Otro

☐

INSTITUCION A LA QUE SE REMITE

NOMBRE IPS: 1. PARA EPS

Nivel

Municipio:

Fecha Confirmacion

Fecha Salida del Paciente

6 11 2018

Departamento:

Medico que Confirma:

Conductor:

Servicio que Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☐

Hospitalización

☐

Otro

Servicio al que se Remite

☐

Urgencia

☐

Consulta Externa (Ambulatorio)

☒

Hospitalización

☐

Otro

EVOLUCION

Fecha:

Plan de Tratamiento



DERLY JEANNINE SANCHEZ AVILA

Registro Medico : 46375585

MEDICO ESPECIALISTA

Nombre Firma y Sello del Medico responsable