PAGINA: 1 DE 1

EPS SANITAS "FORMATO DE REFERENCIA DE PACIENTES" HISTORIA CLINICA Nº 1001315381

GENERADO: 22/11/2018 18:36

| REMITIDO DE | UNIDAD URGENCI | UNIDAD URGENCIAS PUENTE ARANDA | | | | | | | |
|-------------------------------------------|------------------|--------------------------------|-----------|---------|------------|-----|----------|--|--|
| FECHA REMISIÓN | 22/11/2018 | HORA | 18 | MINUTO | 36 | | | | |
| SERVICIO AL CUAI | REMITE PSIQUIAT | RIA | | | 30 | NIV | EL MEDIO | | |
| APELLIDOS | VALERO RODRIGUEZ | | | NOMBRES | JUAN DAVID | | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC 1001315381 | | | EDAÐ AÑOS | IA SEXO | М | | | | |

ENTIDAD DE AFILIACIÓN E.P.S. SANITAS

DATOS DE LA ATENCIÓN

MOTIVO DE CONSULTA Y ENFERMEDAD ACTUAL

MOTIVO DE CONSULTA: "ESTA AGRESIVO" ENFERMEDAD ACTUAL: PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD CURSANDO CON CUDRO DE 15 DIAS DEVEOLUCION DE AGRESIVIDAD LEGUJA INCOHERENTE PACINETE C ANTECENDETE DE OCNSUMO DE DROGAS DE ABUSO REFIERE PESODS DE HETEROAGRESION CONTRA FAMILIARES EL DIA DE HOY SALE DE LA CASA Y REGRESA GOLPEADO ASISTE EL DIA DE HOY

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:TRASYTORNO PSICOTICO SECUNDARIO A CONSUMO DE SUSTACIAS PSICOACTIVAS ALERGIAS HALOPERIDOL FARMACOLOFIOS LEVOMEPROMACINA

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS:TRASYTORNO PSICOTICO SECUNDARIO A CONSUMO DE SUSTACIAS PSICOACTIVAS ALERGIAS HALOPERIDOL FARMACOLOFIOS LEVOMEPROMACINA

EXAMEN FÍSICO, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE MANEJO

EDEMA EN HEMICARA DERECHA DE OPREDIOMNIO EN REGION AMALR LABIO SUPERIRO PARPADO SUPERIRO DERECHO

RESUMEN DE EVOLUCIÓN Y CONDICIÓN AL EGRESO

PACIENTE DE 18 AÑOS DE EDAD ANTECEDENTES DE TRASTORNO PISCOTICO SECUNDARIOA COSNUMO DE SUSTACIAS PISCOACTIVAS SIN MANEJO HACE 15 DIAS CURSANDO CONCUADRO DE EPSIDOS DE AGREGSIVDAD CONTRA FAMILIARES, DISCUSRO INCOHERENTE DESCONOCE A FAMILIRAES, EL DIA DE HOY SALE DE CASE Y REGRESA GOLPEADO ASISTE AO CONSULTA CON DR COTE DE DODNE REMITEN POR AGUDIZACION D EEPSIDOS PISCOTICO PARA MAEJO POR PSIQUIATRIA SE INGRESA A OBSERVACION Y SE INCIAN TRAMIETS DE RESION A ATERCER NIVEL DE ATENCION SS

MOTIVOS REMISIÓN

TRASTORNO PSICOTICO AGUDIZADO

OBSERVACIONES

| FIRMA Y SELLO MÉDICO | | FIRMA USUARIO | |
|--------------------------------|------------|---------------|--|
| NOMBRE ANGELA PATRICIA AGUILAR | | | |
| DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN CC | 1022332149 | | |
| REGISTRO MÉDICO 1022332149 | | | |

Firmado electrónicamente