

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

546762



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

Fecha: 2018/09/23 Hora: 16:25

### 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	00

### DATOS DEL PACIENTE

CARO	GOMEZ	CRISTIAN	ANDRES
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		1049638398	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1994-06-28	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:	CLL 2 SUR 15 99	Teléfono:	3112320716
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-S	Código:	EPSS37

### DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		Número Documento Identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		Teléfono:	
Departamento:		Municipio:	

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

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

### INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE DE 24 AÑOS CON ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTO  
REFIERE FAMILIAR ACOMPAÑANTE LO TRAE POR OBSERVAR PAROXIMADAMENTE 3 DIAS DE IDEAS DE PERSECUSION Y REFIERE ANSIEDAD,  
AGRESIVIDAD. INGRESA EL PACIENTE COLABORADOR, ASOCIACIONES LAXAS, ASTENIA, HIPOREXIA.

ANTECEDENTES: MEDICOS: ESQUIZOFREINA,  
FARMACOLOGICO: RISPERIDONA 2 MG AM Y 2MG PM. CLOZAPINA 25 MG: ( 1/4 TA CADA NCHE). FLUOXETINA 20 MG VO CADA DIA. EN FORMLA  
MEDICA POR PSIQUIATRIA 26/6/2018 NO HA TOMADO MEDICACION

## ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/09/23 Hora: 16:25

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT ☒ 891800231

-0

CC ☐

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

CARO

GOMEZ

CRISTIAN

ANDRES

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

## Tipo Documento de Identificación

- ☐ Registro Civil  
☐ Tarjeta de Identidad  
☒ Cédula de Ciudadanía  
☐ Cédula de Extranjería

- ☐ Pasaporte  
☐ Adulto sin Identificación  
☐ Menor sin Identificación

1049638398

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1994-06-28

Dirección de la Residencia Habitual: CLL 2 SUR 15 99

Teléfono: 3112320716

Departamento: BOYACA

15

Municipio: TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S

Código: EPSS37

## Resumen de la Evolución:

## EVOLUCIÓN

Fecha: 23/09/2018 13:58

Subjetivo, objetivo y análisis: \*\*\*\*NOTA RESPUESTA INTERCONSULTA PSIQUIATRIA\*\*\*

NATURAL Y PROCEDENTE TUNJA

ESTUDIOS

OCUPACIONAL CESANTE

VIVE: 2 HERMANOS, 1 DE ELLOS CON SINDROME DE DOWN

ACOMPAÑANTE: HILDA MARIA CARO

PACINETE YA CONOCIDO POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRIA, ANTECEDENTE DE DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, EPISODIO DEPRESIVO, HISTORIA PERSONAL DE AUTOAGRESION. ULTIMA HOSPITALIZACION 10/07/2018 POR ALTERACION EN LA SENSOPERCEPCION ADEMAS DE SINTOMAS DEPRESIVOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO IRREGULAR CON ANTIDEPRESIVO SECUNDARIO A EFECTOS ADVERSOS, SE DIO EGRESO CON RISPERIDONA, SERTRALINA, LORAZEPAM Y SE REMITIÓ A CLINICA EMANUEL BOGOTA.

HOY NUEVAMENTE RECONSULTA EN COMPAÑIA DE LA HERMANA QUIEN REFIERE ALTERACION DEL SUEÑO POR INSOMNIO GLOBAL DESDE HACE 12 DIAS, MALA ADHERENCIA AL MEDICAMENTO Y ES AGRESIVO CUANDO INTENTAN ADMINSTRARLO, HIPOREXIA "DICE QUE LA COMIDA TIENE OXIDO", HA TENIDO DESCUIDO DE SU ASPECTO PERSONAL "NO SE BAÑA, NO SE AFEITA, NO SE CAMBIA". SE INTERROGA AL PACIENTE QUIEN REFIERE QUE DURANTE LAS NOCHES TIENE ALUCINACIONES AUDITIVAS "ME PONEN LOS TIGRES DEL NORTE, ESCUCHO VOCES QUE FAMILIARIZO CON LAS VOCES DE ESAS PERSONAS" HACIENDO REFERENCIA A PERSONAS RECLUSAS CON LAS QUE INTERACTUÓ ALGUNA VEZ CUANDO TRABAJÓ EN EL INPEC.

EN LA ENTREVISTA SE MUESTRA ABULICO, CON DISMINUCION DE LA MOTRICIDAD, MIRADA PERPLEJA, CON PRESENCIA DE IDEAS DELIRANTES DE DAÑO Y REFERENCIA, PENSAMIENTO DESORGANIZADO, ASOCIACIONES LAXAS, LENGUAJE CON PRESENCIA DE TARTAMUDEO OCASIONAL.

HERMANA ES CUIDADORA PRINCIPAL, QUIEN AEMAS DEBE PROVEER CUIDADO A HERMANA MENOR CON SINDROME DE DOWN, SITUACION QUE LIMITA Y DIFICULTA LA SUPERVISION CONSTANTE AL PACIENTE.

## ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

FARMACOLOGICOS: SÓLO TOMA RISPERIDONA 1 MG TAB, VO, 2 MAÑANA 2 NOCHE. SE FORMULÓ AL EGRESO TAMBIEN SERTRALINA 50 MG TAB, VO, 1 MAÑANA, LORAZEPAM 1 MG TAB, VO, 1 MAÑANA 1 NOCHE 1 TAB EXTRA SI ANSIEDAD O INSOMNIO

QUIRURGICOS: NIEGA

TOXICOS: NIEGA

ALERGICOS: NO CONOCIDOS.

FAMILIARES PSIQUIATRICOS: HERMANA CON EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS

Plan de manejo: PACIENTE CON ANTECEDENTE DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA PARANOIDE, ULTIMA HOSPITALIZACION HACE 2 MESES, REQUIRIENDO REMISION A USM CLINICA EMANUEL, QUIEN DESDE HACE 12 DIAS HA PRESENTADO MAL APEGO AL MANEJO FARMACOLOGICO SECUNDARIO A IDEAS DELIRANTES DE DAÑO Y REFERENCIA, CON EXACERBACION DE SINTOMATOLOGIA PSICOTICA DESDE HACE DOS DIAS, CONDUCTAS DE HETEROAGRESION, CON PENSAMIENTO DESORGANIZADO Y PRESENCIA DE ASOCIACIONES LAXAS, ASI COMO CON ALUCINACIONES AUDITIVAS COMPLEJAS A LAS CUALES OTORGA UNA INTERPRETACION DELIRANTE, POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE SE ENCUENTRA CON SINTOMATOLOGIA AGUDA QUE AMERITA MANEJO FARMACOLOGICO INTRAHOSPITALARIO Y REMISION A USM EN EL

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



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

Fecha: 2018/09/23 Hora: 16:25

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231		-0	
Código 1500100387				Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA		DV	
Teléfono 8 7405030							
Indicativo		Número		Departamento: BOYACA		15 Municipio: TUNJA 00	

**DATOS DEL PACIENTE**

CARO		GOMEZ		CRISTIAN		ANDRES	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
<b>Tipo Documento de Identificación</b>				1049638398			
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		<b>Número documento de Identificación</b>			
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		<b>Fecha de Nacimiento:</b> 1994-06-28			
<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>		CLL 2 SUR 15 99				<b>Teléfono:</b> 3112320716	
<b>Departamento:</b> BOYACA		15		<b>Municipio:</b> TUNJA		15001	
<b>ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:</b> NUEVA EPS-S				<b>Código:</b> EPSS37			

SE ENCUENTRA CON SINTOMATOLOGÍA AGUDA QUE AMENAZA MANEJO FARMACOLÓGICO INTRAHOSPITALARIO Y REMISIÓN A USM. EN EL MOMENTO SIN FAMILIAR, POR LO CUAL NO ES POSIBLE EXPLICAR CONDICIÓN ACTUAL DEL PACIENTE.

**Diagnóstico:**  
F209 ESQUIZOFRENIA - NO ESPECIFICADA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal  
Z632 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL APOYO FAMILIAR INADECUADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

**Motivos de remisión:**

**REFERENCIA**  
REMISION A USM POR PARTE DE EPS YA QUE NO SOMOS UNA INSTITUCION APTA PARA DAR UN MANEJO INTEGRAL AL PACIENTE.

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

*M<sup>g</sup> Alejandra Andrade S.*

Firma: \_\_\_\_\_ Registro: 151735

# ANEXO TECNICO No.9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



### MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/09/23 Hora: 16:25

#### INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA NIT ☒ 891800231 -0  
CC ☐ 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

CARO GOMEZ CRISTIAN ANDRES  
1er Apellido 2do Apellido 1er Nombre 2do Nombre

#### Tipo Documento de Identificación

☐ Registro Civil ☐ Pasaporte  
☐ Tarjeta de Identidad ☐ Adulto sin Identificación  
☒ Cédula de Ciudadanía ☐ Menor sin Identificación  
☐ Cédula de Extranjería

1049638398

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1994-06-28

Dirección de la Residencia Habitual: CLL 2 SUR 15 99 Teléfono: 3112320716

Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S Código: EPSS37

#### Examen Físico:

##### Neurológico y Mental

Neurológico y Mental: Anormal, EM: PACIENTE CON REGULAR PORTE GENERAL, DESALINADO. LENGUAJE SIN FLUIDEZ CON PAUSAS, NO HAY UNA CONTINUIDAD EN EL DISCURSO. AFECTO PLANO. LENGUAJE CON PRESENCIA DE TARTAMUDEO, DESORGANIZACION DEL PENSAMIENTO "TENGO EN LA CABEZA COMO UN TELEVISOR, UN RADIO... TENGO UN HUECO Y AHÍ SE LLENA DE SANGRE DE LA SALA DE DONDE ME OPERARON HE SENTIDO ESA FUERZA", SE MUESTRA CON ASOCIACIONES LAXAS, IDEAS DELIRANTE DE REFERENCIALIDAD HACIA SU HERMANA, IDEAS DE CONTAMINACION DE LOS ALIMENTOS. MEMORIA AFECTADA. SENSORPERCEPCION ALUCINACIONES AUDITIVAS, INTELIGENCIA IMPRESIONA DEBAJO DE PROMEDIO. INTROSPECCION NULA JUICIO NULO, PROSPECCION POBRE.