

Estado General:

Fecha Ingreso: 2018-10-09 08:10:10 Fecha Egreso: EPS: Famisanar EPS T.Usuario: Subsidiado T.Afiliacion: Beneficiario Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTÁ, D.C. Fecha Registro: 2018-10-09	IF-GDC-	-009	V	ersion:(00			Fecha	a de E	Emision:2	018-10-09	
Remain		25.42.11.		4 4 1 5 4 1 TE	garan e		oteo Cono		Total Sec			Santhaga (a C. S. 200 Salaning)
F. Naciemiento: Edad: RH: Genero: Fementino Tet: 1		13.500	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					raies.				E. V. 114-10-000
Direccion: 1 Email: Em	Nombre Pac	iente:		CAR	OL DA	YANA CASTRO	SALCEDO		1	Document	o Paciente:	TI: 1147487608
Fecha Ingreso: 2018-10-09 08-10-10 Fecha Egreso: EPS: Famisanar EPS T.Usuario: Subsidiado T.Afiliacion: Beneficiario Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA, D.C. Fecha Registro: 2018-10-09	F. Naciemie	nto:		Ed	ad:	RH:	Gener	: Feme	nino	Tel:		1
Tusuario: Subsidiado T.Afiliacion: Beneficiario Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA, D.C. Fecha Registro: 2018-10-09	Direccion:				1			Email:	3			
T.Usuariot: Subsidiado T.Afiliacion: Beneficiario Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTA, D.C. Fecha Registro: 2018-10-09	Fecha Ingres	io: 2	018-10-09	08:10:1	0 F e	cha Egreso:		1	EPS	:	Famisa	nar EPS
Motivo de Consulta: Paciente de 9 años de edad, natural y procedente de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado, la acompaña el padre. Motivo de 9 años de edad, natural y procedente de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado, la acompaña el padre. Motivo de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades con los limites, no míde limites ni peligros, episodios de rabia en momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace e meses la paciente vivia con la momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace e meses la paciente vivia con la momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace e meses la paciente vivia con la madre, quien la deja con el padre y desde entonces on hay contacto. Ha presentado actionalmente dificultades con el harmano de 8 años. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión.												
Motivo de Consulta: Paciente de 9 años de edad, natural y procedente de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado, la acompaña el padre.	1.Usuario:	Sub	Sidiado	I Aillia	Cion.	Deficition	Departai	nento.			wuncipic	. BOGOTA, D.O.
Motivo de Consulta: Paciente de 9 años de edad, natural y procedente de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado, la acompaña el padre.			2010.10	. 00.1								
Motivo de Consulta: Paciente de 9 años de edad, natural y procedente de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado, la acompaña el padre. MC: Renitida por Hospital de Cajicá Enfermedad Actual: Paciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el seguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el seguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el seguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia en momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la madre, quien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 3 años. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Historia Personal: Paciente es la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, inclica en el jardín a los 2 años Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Padregicos: Paciente NO Refiere antecedentes Suriurgicos Antecedentes Foxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes formacologicos Antecedentes Farimacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes formacologicos Antecedentes Psiquiatricos. Paciente NO Refiere antecedentes formacologicos Antecedentes Fariuliarios: paciente no refiere antecedentes familiares Diaciente no refiere antecedentes familiares Diaciente no refiere antecedentes familiares D	Fecha Regist	ro:	2018-10	1-09			ANAMANT	010	a we wite this	and a grant depth of the late	4.24455.7456.2446.476	
Paciente de 9 años de edad, natural y procedente de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado, la acompaña el padre. MC: Remilida por Hospital de Cajicá Enfermedad Actual:	Madina da Ca		- 1	agraem Name a			ANAMNE	212				
MC; Remitida por Hospital de Cajicá Enfermedad Actual: Paciante de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el seguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodio de rabia en mententes de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivia con la madre, quientes de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivia con la madre, quiente la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 años. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autosgresión. Historia Personat: Paciente es la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, incia en el jardin a los 2 años. Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años. Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Sulururgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Sulururgicos Antecedentes Farmaclogicos: Paciente NO Refiere antecedentes Sulururgicos Antecedentes Farigienes alteres del propertion de la contractica d				atural v r	rocad	ente de Cajicá vi	ve con el na	idre v el hi	erman	o se enci	entra en 3er ora	do la acompaña el
Enfermedad Actual: Paciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el seguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el seguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no midel imites ni peligrio, episodos de rabia en momentos de baja toterancia a la firustración. El padre ne es claro durante la valoración. Plasta hace 6 meses la paciente vivía con la madre, quien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 años. En valoración por posicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto niesgo de autoagresión. Historia Personal: Historia Personal: Historia Personal: Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Tarnacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes paciaticos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes paciaticos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmaliares; paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Familiares; paciente no refiere antecedentes familiares Dorica Antecedentes Familiares; paciente no refiere antecedentes remiliares Dorica Antecedentes Familiares; paciente no refiere otros anteced		anos	ue euau, ne	aturar y p	Jioceu	ente de Oajica, vi	ve con ei pe	idio y ci iii	Cimai	10, 30 01100	icitia cii oci gia	ao, la acompana ci
Enfermedad Actual: Paciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el seguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con tos límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia en momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivá con la madre, quien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con de meses la paciente de Vala con la madre, quien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con de meses la paciente vivá con la madre, quien la deja con la padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con de meses de autoagresión. Historia Personal: Paciente os la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psiscomotor, inclina en el jardín a los 2 años. Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años. Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquilla ANTECEDENTES PERSONALES	,	por H	ospital de C	Cajicá								
seguimento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia en momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la madre, quien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 años. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Historia Personal: Paciente os la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, incla en el jardin a los 2 años Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años sincontacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquilla ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Cuirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Sarmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Suciológicos Paciente NO Refiere antecedentes famacologicos Paciente NO Refiere antecedentes psiquiatricos Paciente NO Refiere antecedentes famacologicos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes Familiares Dispectivo de refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes Familiares Otros Antecedentes Familiares Otros Antecedentes recedentes familiares Otros Antecedentes recedentes familiares Otros Antecedentes Psiquiatricos: Paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes Familiares Otros Antecedentes Psiquiatricos:	17 (14) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (4) (MET W		. 100 T		Er	fermedad a	Actual:				
momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la padeciente vivía con la madre, quiena la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 años. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Historia Personal: Paciente es la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, inicia en el jardín a los 2 años. Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Cuirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Tamacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Siguitatricos: Paciente NO Refiere antecedentes siguilatricos Antecedentes Psiquilatricos: Paciente NO Refiere antecedentes spiquilatricos Antecedentes Psiquilatricos: Paciente NO refiere antecedentes spiquilatricos Antecedentes Psiquilatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquilatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente No refiere antecedentes psiquilatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente No refiere antecedentes psiquilatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente No refiere antecedentes psiquilatricos Antecedentes Familiares Ofros Antecedentes Familiares Urisa Alexandro de de viva de la manualologico Antecedentes Familiares: Paciente No refiere antecedentes familiares Ofros Antecedentes Familiares Ofros Antecedentes Familiares Ofros Antecedentes Familiares Diras Antecede	Paciente de 9	años	de edad, co	on cuadr	o clíni	co caracterizado	or dificultad	les compo	ortame	ntales y co	on las normas, di	ficultades en el
quien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 años. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Historia Personal: Paciente es la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, incia en el jardín a los 2 años Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente NO refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Farmilares: September	seguimiento d	de inst	rucciones y	con las	figuras	s de autoridad, dif	icultades co	n los límite	es, no	mide límit	es ni peligros, ep	oisodios de rabia en
valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Historia Personal: Paciente os la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, inicia en el jardín a los 2 años Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente No Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Sineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente No Refiere antecedentes basiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente No Refiere antecedentes siquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente No Refiere antecedentes siquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente No Refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Farinilares: paciente no refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Farinilares: paciente no refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes Familiares Corres Antecedentes Familiares Diraciente No Refiere otros antecedentes Examentes Ex	momentos de	baja t	tolerancia a	la frustr	ación.	El padre no es cla	aro durante	la valoraci	ión. H	asta hace	6 meses la pacie	nte vivía con la madre,
Historia Personal: Paciente es la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, inicia en el jardín a los 2 años Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Culrurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes duriurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes sociológico Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Piquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Farmiliares Coros Antecedentes Familiares Coros Antecedentes Familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.68 FR(x min): 19 FC(x min): 80 Sp02(sat02): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C'): 37	quien la deja	con el	padre y des	sde ento	nces r	no hay contacto. F	la presenta	do adicion	almen	ite dificulta	des con el herm	ano de 8 años. En
Paciente es la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, inicia en el jardín a los 2 años Hitstoria Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO refiere antecedentes Sociológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes farmacologicos Paciente NO refiere antecedentes farmacologicos Paciente NO refiere antecedentes psiquialricos Antecedentes Psiquialtricos: Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Traumatologicos: Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Traumatologicos: Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Familiares Otros Antecedentes Familiares Otros Antecedentes Familiares Otros no refiere antecedentes traumatologicos: Paciente no refiere antecedentes familiares Otros no refiere otros ant	valoración po	r psicc	ología del ho	ospital se	e evide	encia verbalizació	n de ideas c	le muerte	y alto	riesgo de a	autoagresión.	
Pistoria Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Voirrugicos: Paciente NO Refiere antecedentes Cuirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Familiares Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Familiares Oros Antecedentes Familiares Cros Antecedentes Familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 146.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 198 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 11 IMC: 1 Temp(C*): 37		*****				The state of the s	A STATE OF THE STA			Refer Domestic		
Historia Familiar: Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Cuirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes paiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Praguiatricos: Paciente no refiere on refiere antecedentes familiares						ente de familia m	onoparental	, nació poi	r cesá	rea, de 36	semanas, con a	decuado desarrollo
Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Colururgicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Colururgicos: Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Oxidado processoria de la columina del columina del columina de la columina del columina de			n el jardín a	los 2 ar	ios							
Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Gineco-obstetricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes traumatologicos Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere antecedentes familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C*): 37	Historia Fam	iliar:				******						
Hermanos de 8 y 6 años Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Gineco-obstetricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes traumatologicos Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere antecedentes familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C*): 37			٠									
Sin contacto con la madre desde hace 6 meses Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO refiere antecedentes cuirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Farmalologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere entecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C*): 37				trabaja d	on ma	quinaria pesada						
Personalidad Premorbida: Tranquila ANTECEDENTES PERSONALES Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente no Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente NO refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Hospitalarios: Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Farmalliares: Paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Directiva (Arabina (Ar					C							
Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talia(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C*): 37				ie nace	o mese	28			-			
Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Posiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente NO refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Hospitalarios: Paciente no refiere antecedentes traumatologicos Antecedentes Familiares: Paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes Familiares: Paciente no refiere antecedentes familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 Sp02(sat02): 98 Peso(Kg): 1 Talia(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C*): 37		Pren	norbida:							· · ·		
Antecedentes Alergicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: Paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C*): 37	Tranquila					ANTECE	NENTES D	EDSON	ALES			
Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Familiarios: Paciente NO refiere antecedentes familiarios Antecedentes Hospitalarios: Paciente no refiere antecedentes familiarios Antecedentes Familiarios: Paciente no refiere antecedentes familiarios Antecedentes Familiarios Antecedentes Familiarios: Paciente no refiere antecedentes familiario	A 4 1 4 -	- Al	1			ANTECE	JENIES F	EKSONA	ALES	:		
Antecedentes Patologicos: Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Termacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Iraumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37				A								
Paciente NO Refiere antecedentes patológico Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO Refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente NO Refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Siquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Posiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37				entes A	ergico	05				*****		
Antecedentes Quirurgicos: Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Posiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente NO refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37				otoo note	Jágico							
Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37				nes pan	Jogico							
Antecedentes Toxicologicos: Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere antecedentes familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37				too Ouis	ıraioo							
Paciente NO Refiere antecedentes toxicológicos Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere antecedentes familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
Antecedentes Farmacologicos: Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere antecedentes familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37	Antecedentes Toxicologicos:											
Paciente no refiere antecedentes farmacologicos Antecedentes Gineco-obstetricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: Paciente no refiere antecedentes familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere antecedentes familiares EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37	Antecedente	s Gine	eco-obsteti	ricos:				······				
Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37				-						13. 4		
Antecedentes Psiquiatricos: Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37					.1							
Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
Antecedentes Hospitalarios: paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
Paciente no refiere antecedentes hospitalarios Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
Antecedentes traumatologicos: paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
paciente no refiere antecedentes traumatologico Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
Antecedentes Familiares: paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37												
paciente no refiere antecedentes familiares Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37	'			es traum	atolog	ICO					*. *	
Otros Antecedentes: paciente no refiere otros antecedentes EXAMEN FISICO TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37				- F								
Paciente no refiere otros antecedentes				es ramilia	ares							
EXAMEN FISICO									· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·			
TAS(mm/Hg): 100 TAD(mm/Hg): 70 TAM(mm/Hg): 46.666 FR(x min): 19 FC(x min): 80 SpO2(satO2): 98 Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37	paciente no re	etiere (otros antece	edentes			VALIE	0100		77 08 -		And the second second
Peso(Kg): 1 Talla(Mts): 1 IMC: 1 Temp(C°): 37									1	1		Te-02/- (CC) Tes
						<u> </u>			_		minj: [80	apuz(satuz): 98
	Peso(Kg):	1	Lalla(N	its):	1		·					



Dadelente alerta, afebrili, hemodiámicamente estable. Cabezz y cuello: Inormocéfalo, mucosa oral húmeda, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, pupilas isocoricas normoreactivas a la luz. cuello central, to masas y sin adenopatas. Irorax: uidos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Mabdomen: Biando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias utidos intestinales presentes. Bentiourinario: Bentiales externos normoconfigurados Extremidades: Butróficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y lienado capilar conservados. Beutroficas, sin edemas, pulsos ++/+++++ y lienado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Beutroficas sin edemas, pulsos ++/+++++ y lienado capilar conservados. Beutroficas sin edemas, pulsos ++/+++++++++++++++++++++++++++++++++	IF-GDC-009	Version:00 Fecha de Emision:2018-10-09
Causa y suello: orax:		
ormocéalio, mucosa oral húmeda, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, pupilas isocoricas normoreactivas a la luz. cuello central, o masas y sin adenopatías. orax: idos cardiacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. budomen: lando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias idos intestinales presentes. entlourinario: entlates externos normoconfigurados xtremidades: utróficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. eurologico: o deficit motor o sensitivo aparente, no signos meningeos o de focalización, rot. ++/++++, fm. 5/5, glasgow: 15/15. EXAMEN MENTAL aciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es olaboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, euláfica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adolado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS aciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia e giguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia e de don el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajica. Ha presentado adicionalmente de vivia con la maian la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresivida, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajica. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hemano de fera de muente y alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amenta hospitalización por priscojad del hospital se evidencia verbanización de dedes de muerte	ciente alerta, afebril, hem	odiámicamente estable.
massa y sin adenopatías. proses: lidos cardíacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. podomen: ando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias idos intestinales presentes. enidades: turoficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. turoficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. turoficias, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. turoficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. **EXAMEN MENTAL** EXAMEN MENTAL** calcente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euprosexica, eulálica, pensamiento fógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. **ANALISIS** calcente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los límites, no mide inteles ni peligros, episodios de rabia e guimiento de pata tolerancia a la frustracion. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la mien la deja con el padre y desde entones no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizado desde hace 15 dias en hospital de Caliça. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momento acente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importuciente present	beza y cuello:	
idos cardíacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. biodomen: lando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias idos intestinales presentes. entlourinario: entlates externos normoconfigurados xtremidades: Litróficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. eurologico: o deficit motor o sensitivo aparente, no signos meningeos o de focalización, rot. ++/++++, fm: 5/5, glasgow: 15/15. EXAMEN MENTAL aciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es alaboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, a odulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS aciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en omentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la ma inen la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajida. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano tos. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al moment tos. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización por prara manejo aguda dicionalmente es importalara lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 2: PIAN DE TRATAMIENTO Sepitalizac		
idos cardíacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. dodomen: ando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megallas idos intestinales presentes. Benitourinario: enitales externos normoconfigurados ttremidades: Itróficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Bezante MENTAL EXAMEM MENTAL Liciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, as laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulática, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS ciciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades com los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia e aumentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la mien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es prociso, en el coleg use se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajlóc. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión, Al momenti ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amenta hospitalización para manejo agua, adicionalmente es importi larar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. DIAGNOSTICOS Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 2: PIAN DE TRATAMIENTO PLAN DE TRATAMIENTO PLAN DE TRATAMIENTO PLAN DE TRATAMIENTO PLAN DE TRATAMIENTO		
padomen: ando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias dos intestinales presentes. initourinario: initales externos normoconfigurados tremidades: tróficas, sin edemas. pulsos ++/+++++ y llenado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. purologico: deficit motor o sensitivo aparente, no signos meníngeos o de focalización, rot: ++/++++, fm: 5/5, glasgow: 15/15. EXAMEN MENTAL ciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, odulador, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS ciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterízado por dificultades com los limítes, no mide limítes ni peligros, episodios de rabia e mentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la mena la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el colegue se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al moment ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amenta hospitalización para manejo agudó, adicionalmente es importi larar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: PIAN DE TRASTORNOS DE LA CONDUCTA — Impresion Diagnostica Diagnostico Relacionado 3: PIAN DE TRATAMIENTO palica CAUSA EXTERNA FINALIDAD DE CONSULTA PLAN DE TRATAMIENTO spitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. PIAN DE TRATAMIENTO		n soulce, ruidos respiratorios con murmullo vesigular consorvado en ambos campos nulmonares
ando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias idos intestinales presentes. Introficas presentes. Introficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. Introficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. Introficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. Introficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. Introficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. Introficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. EXAMEN MENTAL Interior personal, establece contacto visual, es alaboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulática, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS Interior de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia e memotos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la maine la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajica. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por prisciolaj del hospitale se evidencia evebalización de leteas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momenti ciente presenta alto riesgo de autoagresión. Al momenti ciente presenta a		T sopios. ruidos respiratorios con munitulio vesicular conservado en ambos campos pulmonares.
idos intestinales presentes. enitourinario: enitales externos normoconfigurados ctremidades: thróficas, sin edemas. pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. entrologico: e deficit motor o sensitivo aparente. no signos meningeos o de focalización, not: ++/++++, fm: 5/5, glasgow: 15/15. EXAMEN MENTAL ciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es abboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, a dulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS ciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia e mentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la maienta deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por piscología del hospital se evidencia evebalización de ideas de muente y alto riesgo de autoagresión. Al moment ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es import clarar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia processo de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA Diagnostico Relacionado 3: PLAN DE TRATAMIENTO portesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM		oso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias.
enitales externos normoconfigurados tremidades: tróficas, sin edemas, pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados, moviliza las 4 extremidades. surologico: o deficit motor o sensitivo aparente, no signos meníngeos o de focalización, rot; ++/++++, fm; 5/5, glasgow; 15/15. EXAMEN MENTAL uciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS ANALISIS		
ctremidades: aurologico: déficit motor o sensitivo aparente. no signos meníngeos o de focalización. rot: ++/++++.fm: 5/5, glasgow: 15/15. EXAMEN MENTAL aciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adudado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS aciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia e omentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la mien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajiać. Ha presentado adicionalmente dificultades con le hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momento ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importalarar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA CAUSA EXTERNA Idermedad general PLAN DE TRATAMIENTO portesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	nitourinario:	
troficas, sin edemas. pulsos ++/+++ y llenado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades. Burologico: déficit motor o sensitivo aparente. no signos meníngeos o de focalización. rot: ++/++++, fm: 5/5, glasgow: 15/15. EXAMEN MENTAL seciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS sciente de 9 años de edad, con cuadro clinico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia e omentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la mien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momente ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amenta hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importi larar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. Diagnostico principal: Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA CAUSA EXTERNA Jermedad general PLAN DE TRATAMIENTO POPOEsional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	nitales externos normoco	nfigurados
eurologico: deficit motor o sensitivo aparente, no signos meningeos o de focalización, rot; ++/++++,fm; 5/5, glasgow; 15/15. EXAMEN MENTAL aciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es alaboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, podulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS aciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia e mentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Has ace 6 meses la paciente vivía con la maien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano loss. En valoración por piscología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momente ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importe larar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. DIAGNOSTICOS Diagnostico principal: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3:	tremidades:	
eurologico: deficit motor o sensitivo aparente, no signos meningeos o de focalización, rot: ++/++++,fm: 5/5, glasgow: 15/15. EXAMEN MENTAL aciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS Inciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide limites ni peligros, episodios de rabia e mentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Has ace 6 meses la paciente vivía con la maien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momento ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importe larar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. DIAGNOSTICOS Diagnostico Principal: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: CAUSA EXTERNA PLAN DE TRATAMIENTO sepitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. PLAN DE TRATAMIENTO sepitalización por psiquiatría en unidad de salud mental.	tráficas sin adamas nuls	no UVIII villanada capilar cancon adag maviliza lag 4 ovtromidadas
e déficit motor o sensitivo aparente. no signos meníngeos o de focalización. rot: ++/++++.fm: 5/5, glasgow: 15/15. EXAMEN MENTAL Reciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS Inciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia e omentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la maien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momente ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importarar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. Diagnostico Principal: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA Diagnostico Relacionado 4: PLAN DE TRATAMIENTO Porfesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:		35 **/**** y llettado capitar conservados, moviliza las 4 extremidades.
EXAMEN MENTAL ciciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS ciciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia e prentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la mien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano so. En valoración por piscología del hospital se evidencia verbalización de dieas de muerto y alto riesgo de autoagresión. Al momento ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importulara lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. DIAGNOSTICOS Diagnostico principal: ———————————————————————————————————		parente, no signos meníngeos o de focalización, rot: ++/++++ fm: 5/5, glasgow: 15/15.
ciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adudado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS deiente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia e mentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la maien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momente ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importalara lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. Diagnostico principal: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA Diagnostico Relacionado 3: PLAN DE TRATAMIENTO spitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. PLAN DE TRATAMIENTO		
laboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, adulado, conducta motora sin alteraciones. ANALISIS Iciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia e omentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la maien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicà. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano os. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momento ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importularar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. DIAGNOSTICOS Diagnostico principal: Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA CAUSA EXTERNA fermedad general PLAN DE TRATAMIENTO sepitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	ciente quien ingresa al co	
ANALISIS aciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el guimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los limites, no midel limites ni peligros, episodios de rabia e omentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la me inien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano ios. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momente ciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importe larar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. DIAGNOSTICOS Diagnostico principal: F918 OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA — Impresion Diagnostica Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 2: FINALIDAD DE CONSULTA o aplica CAUSA EXTERNA **Tended general** PLAN DE TRATAMIENTO Dispitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional:Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	aboradora, se encuentra	alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, afect
aciente de 9 años de edad, con cuadro clínico caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el eguimiento de instrucciones y con las figuras de autoridad, dificultades con los límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia e omentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hatata hace 6 meses la paciente vivía con la maien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el coleg que se encuentra hospitalizada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano fios. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momente aciente presenta alto riesgo de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importedarar lo sucedido. Se explica al padre. Se inicia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años. DIAGNOSTICOS DIAGNOSTICOS DIAGNOSTICOS Diagnostico principal: F918 OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Impresion Diagnostica Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 3: CAUSA EXTERNA **TINALIDAD DE CONSULTA** O aplica CAUSA EXTERNA **TINALIDAD DE TRATAMIENTO Dispitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. **Profesional:Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	The same of the sa	
DIAGNOSTICOS Diagnostico principal: F918 OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Impresion Diagnostica Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA o aplica CAUSA EXTERNA Infermedad general PLAN DE TRATAMIENTO Diagnostico Relacional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	guimiento de instrucciones mentos de baja tolerancia en la deja con el padre y que se encuentra hospital os. En valoración por psic ciente presenta alto riesgo	s y con las figuras de autoridad, dificultades con los límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia en a a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la madre, desde entonces no hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el colegio, po izada desde hace 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 ología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momento la o de auto o heteroagresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importante
Diagnostico principal: F918 OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Impresion Diagnostica Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA o aplica CAUSA EXTERNA fermedad general PLAN DE TRATAMIENTO sepitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	arar lo sucedido. Se expli	
F918 OTROS TRASTORNOS DE LA CONDUCTA Impresion Diagnostica Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA O aplica CAUSA EXTERNA Sepitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	The state of the s	
Diagnostico Relacionado 1: Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA Diagnostico CAUSA EXTERNA fermedad general PLAN DE TRATAMIENTO sepitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:		
Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA o aplica CAUSA EXTERNA fermedad general PLAN DE TRATAMIENTO sepitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:		
Diagnostico Relacionado 2: Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA o aplica CAUSA EXTERNA Ifermedad general PLAN DE TRATAMIENTO Despitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	***************************************	JIOSTICO RelaCionado 1.
Diagnostico Relacionado 3: FINALIDAD DE CONSULTA o aplica CAUSA EXTERNA fermedad general PLAN DE TRATAMIENTO pospitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:		nostico Relacionado 2
FINALIDAD DE CONSULTA o aplica CAUSA EXTERNA ifermedad general PLAN DE TRATAMIENTO ospitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	****	
FINALIDAD DE CONSULTA o aplica CAUSA EXTERNA Ifermedad general PLAN DE TRATAMIENTO Despitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	Dia	nostico Relacionado 3:
causa externa Causa externa Infermedad general PLAN DE TRATAMIENTO Despitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:		
CAUSA EXTERNA ifermedad general PLAN DE TRATAMIENTO ispitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	Section 1	FINALIDAD DE CONSULTA
PLAN DE TRATAMIENTO pspitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional: Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	aplica	
PLAN DE TRATAMIENTO pspitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional:Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:		CAUSA EXTERNA
ospitalización por psiquiatría en unidad de salud mental. Profesional:Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	ermedad general	DI AN DE TRATAMIENTO DE L'UNE DE MENUEL DE L'ENTRE DE L
/ Profesional:Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:	snitalización nor nejquiatr	
	/// // //	
ucties 1	mbre Paciente:	
Naciemiento: RH: Genero: Femenino Tel: 1		
reccion: Nigor y Adolescentes 1 Email:	eccion: Nigor y Adolescen	1 Email:
cha Ingreso: 20 10 10:10 Fecha Egreso: EPS: Famisanar EPS		9 08:10:10 Fecha Egreso: EPS: Famisanar EPS
Substituted 1.Amacion. Deficition Departamento. Booota municipio. Booota, b	Suario.	T.Amiacion. Beneficiano Bepartamento. Bodota intuncipio. Bodota, b.o.
cha Registro: 2018-10-09	ha Registro: 2018-	10-09
ANAMNESIS		
otivo de Consulta:	tivo de Consulta:	ENTERING TO A STATE OF THE STAT
aciente de 9 años de edad, natural y procedente de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado, la acompaña el		natural y procedente de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado. la acompaña el
adre.		> 1
C: Remitida por Hospital de Cajicá	: Remitida por Hospital de	e Cajicá
Enfermedad Actual:		Enfermedad Actual:



IF-GDC-009 Version:00 Fecha de Emision:2018-10-09

momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la madre, quien la deja con el padre y desde entonces no hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 años. En valoración por psicología del hospital se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión.

Historia Personal:

Paciente es la mayor de 3 hermanos, proveniente de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo psicomotor, inicia en el jardín a los 2 años

Historia Familiar:

Padre (Juan Carlos), 29 años, trabaja con maquinaria pesada

Hermanos de 8 y 6 años

Sin contacto con la madre desde hace 6 meses

Personalidad Premorbida:

Tranquila

ANTECEDENTES PERSONALES

Antecedentes Alergicos:

Paciente NO Refiere antecedentes Alergicos

Antecedentes Patologicos:

Paciente NO Refiere antecedentes patológico

Antecedentes Quirurgicos:

Paciente NO refiere antecedentes Quirurgicos

Antecedentes Toxicologicos:

Paciente NO Refiere antecedentes toxicológico

Antecedentes Farmacologicos:

Paciente no refiere antecedentes farmacologicos

Antecedentes Gineco-obstetricos:

Antecedentes Psiquiatricos:

Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos

Antecedentes Psiquiatricos:

Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos

Antecedentes Hospitalarios:

paciente no refiere antecedentes hospitalarios

Antecedentes traumatologicos:

paciente no refiere antecedentes traumatologico

Antecedentes Familiares:

paciente no refiere antecedentes familiares

Otros Antecedentes:

paciente no refiere otros antecedentes

EXAMEN FISICO

		The second secon								
TAS(mm/Hg):	100	TAD(mm/Hg):	70	TAM(mm/Hg):	46.666	FR(x min):	19.	FC(x min):	T80	SpO2(satO2): 98
Peso(Kg):	1	Talla(Mts):	1	IMC:	1	Temp(C°):	37	· · · · · ·		

EXPLORACION GENERAL Y REGIONAL

Estado General:

paciente alerta, afebril, hemodiámicamente estable.

Cabeza y cuello:

normocéfalo, mucosa oral húmeda, escleras anictéricas, conjuntivas rosadas, pupilas isocoricas normoreactivas a la luz. cuello central, móvil, no masas y sin adenopatías.

Torax:

ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares.

Abdomen:

Blando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias. ruidos intestinales presentes.

Genitourinario:

Genitales externos normoconfigurados

Extremidades:

eutróficas, sin edemas. pulsos ++/++++ y llenado capilar conservados. moviliza las 4 extremidades.

Neurologico:

no déficit motor o sensitivo aparente, no signos meníngeos o de focalización, rot: ++/+++,fm: 5/5, glasgow: 15/15.

EXAMEN MENTAL

Paciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es colaboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, afecto



IF-GDC-009	Version:00	Fecha de Emision:2018-10-09
modulado, conducta mo	otora sin alteraciones.	
modulado, conducta me	Service Contractorion	ANALISIS
seguimiento de instrucc momentos de baja toler quien la deja con el pad lo que se encuentra hos años. En valoración por	iones y con las figuras o ancia a la frustración. E re y desde entonces no spitalizada desde hace a psicología del hospital	o caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el de autoridad, dificultades con los límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia en El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la madre, o hay contacto. Presenta episodio de auto o heteroagresividad, no es preciso, en el colegio, por 15 días en hospital de Cajicá. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 se evidencia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión. Al momento la agresión por lo que amerita hospitalización para manejo agudo, adicionalmente es importante
		cia proceso de remisión a 3er nivel por tratarse de menor de 14 años.
		DIAGNOSTICOS
MOSAL TO SALES	Diagnostico princi	
- F918 OTROS TRAS		DUCTA Impresion Diagnostica
	Diagnostico Relacion	ado 1:
	Diagnostico Relacion	ado 2:
	Diagnostico Relacion	iado 3:
		FINALIDAD DE CONSULTA
No aplica		THATA
rady - Albanya		CAUSA EXTERNA
Enfermedad general		DI AN DE TRATAMIENTO
Hospitalización por psig	uiatría en unidad de sal	PLAN DE TRATAMIENTO
3 // /		rofesional:Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional:
Nombre Paciente:		ANA CASTRO SALCEDO Espe Documento Paciente: A INFA MILITARIO 8
E Nacional arch	EVA.S Frank	RH: Genero: Femenino Tel: 1
Direccion: Niños y Adol	Arel 7	Email:
Fecha Ingreso: 20	Marie BO I 08:10:10 Foc	tha Egreso: EPS: Famisanar EPS
J\$3033		Beneficiario Departamento: BOGOTA Municipio: BOGOTÁ, D.C.
T.Usuario: Subsidia	do T.Aimacion.	Belleliciano Bepartamento. Bodota indincipio. Bodota, B.o.
	2040 40 00 1	
Fecha Registro: 2	2018-10-09	ANAMNESIS
Motivo de Consulta:		ANAMINESIS
	edad, natural y proceder	nte de Cajicá, vive con el padre y el hermano, se encuentra en 3er grado, la acompaña el
padre.		•
MC: Remitida por Hospi	tal de Cajicá	Enfermedad Actual:
Paciente de 9 años de e	edad, con cuadro clínico	o caracterizado por dificultades comportamentales y con las normas, dificultades en el
momentos de baja tolera quien la deja con el pad	ancia a la frustración. E re y desde entonces no	de autoridad, dificultades con los límites, no mide límites ni peligros, episodios de rabia en il padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la madre, o hay contacto. Ha presentado adicionalmente dificultades con el hermano de 8 años. En acia verbalización de ideas de muerte y alto riesgo de autoagresión.
Historia Personal:		
Paciente es la mayor de psicomotor, inicia en el j		nte de familia monoparental, nació por cesárea, de 36 semanas, con adecuado desarrollo
Historia Familiar:		
Padre (Juan Carlos), 29 Hermanos de 8 y 6 años	Section 10 to 10 t	uinaria pesada
Sin contacto con la mad		3
Personalidad Premorb	ida:	
Tranquila		ANTECEDENTES PERSONALES
Antecedentes Alergico	os:	ANTEGEDENTES PERSONALES
Paciente NO Refiere a		
Antecedentes Patolog	icos:	
Paciente NO Refiere an		
Antecedentes Quirurg	cos:	



IF-GDC-009	Version:00	1	Fecha	łe Emi	sion:2018-10-09				
11-000-000	IF-GDC-009 Version:00 Fecha de Emision:2018-10-09								
Paciente NO refiere ar	tecedentes Quirurgicos								
Antecedentes Toxico	logicos:								
	ntecedentes toxicológic)							
Antecedentes Farma		an seksikaganng Pajak	er deserge	15-41, 15 <u>2</u> -	Barrey party to be before you				
	ecedentes farmacologic	os							
Antecedentes Gineco	-obstetricos:			(desire)	i ju je				
					Andreas and the second of the second of the second	A.A			
Antecedentes Psiquia			- 11-21-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-11-1	2.5-5-22		Applications are serviced			
Paciente NO refiere antecedentes psiquiatricos Antecedentes Psiquiatricos:									
	tecedentes psiquiatricos		1.50		ing a standard of the ingress of these p	neur Tage and a service of the servi			
Antecedentes Hospit			rie ci (Karoo Daus In o. A	ange (fila)	paga baga as dikwa a kalendar Silings.				
<u></u>	ecedentes hospitalarios								
Antecedentes trauma		April Assistant Control of the Control		ya giya.	way to Alexandro jayawa	Agreement			
	ecedentes traumatologio								
Antecedentes Familia			ngagnyanan me	jalian ya	garangan begin belah se				
paciente no refiere ante	ecedentes familiares								
Otros Antecedentes:			end the end of	1, 1, 1, 1, 1					
paciente no refiere otro	s antecedentes								
		EXAMEN	FISICO	National Section					
TAS(mm/Hg): 100	TAD(mm/Hg): 70	TAM(mm/Hg): 46.666		19	FC(x min): 80	SpO2(satO2): 98			
Peso(Kg): 1	Talla(Mts): 1		Temp(C°):	37					
		EXPLORACION GEN	ERAL Y REC	IONA					
Estado General:									
	hemodiámicamente est	able.							
Cabeza y cuello:		······································							
1	•	nictéricas, conjuntivas ros	adas, pupilas i	socorica	as normoreactivas a la luz.	. cuello central, móvil,			
no masas y sin adenop	oatias.				1				
Torax:									
ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos. ruidos respiratorios con murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Abdomen:									
Blando, depresible, no doloroso a la palpacion superficial o profunda, no signos de irritacion peritoneal, no se palpan masas ni megalias.									
ruidos intestinales presentes.									
Genitourinario:									
Genitales externos normoconfigurados									
Extremidades:									
	pulsos ++/++++ y llena	do capilar conservados. n	noviliza las 4 e	ktremid	ades.				
Neurologico:									
no déficit motor o sensitivo aparente. no signos meníngeos o de focalización. rot: ++/++++.fm: 5/5, glasgow: 15/15.									
EXAMEN MENTAL Paciente quien ingresa al consultorio por sus propios medios, con adecuada presentación personal, establece contacto visual, es									
colaboradora, se encuentra alerta, orientada, euproséxica, eulálica, pensamiento lógico, juega y responde a preguntas sin dificultades, afecto modulado, conducta motora sin alteraciones.									
modulado, conducta m		ANAL	1919						
Paciente de 9 años de	edad, con cuadro clínico			mental	es y con las normas, dificu	ıltades en el			
					le límites ni peligros, episo				
•	momentos de baja tolerancia a la frustración. El padre no es claro durante la valoración. Hasta hace 6 meses la paciente vivía con la madre,								
,		•			eroagresividad, no es prec				
					licionalmente dificultades d				
					y alto riesgo de autoagresi				
					manejo agudo, adicionaln	iente es importante			
aciarar lo sucedido. Se	explica al padre. Se inic	cia proceso de remisión a		atarse (ue menor de 14 anos.				
	Diam 4!	DIAGNOS	11005						
FO10 LOTDOO TO 40	Diagnostico princi	•	l						
- FUIR OTRUS TRAS		OUCTA Impresion Diag	jnostica T						
Diagnostico Relacionado 1:									
Diagnostico Relacionado 2:									
	Diagnostico Relacion	auu Z.	L						
	Diagnostico Relacionado 3:								



FINALIDAD DE CONSUI	TA
No aplica	,
CAUSA EXTERNA	·····································
Enformedad general	

PLAN DE TRATAMIENTO

Hospitalización por psiquiatría en unidad de salud mental.

Version:00

Dra. Virginia C. Sanches A. Médica Psiquiatra General Psiquiatra de Ninos y Adolescentes Pontificia Universidad Javeriana RM. 1127353033

IF-GDC-009

Profesional:Virginia Coromoto Sanchez Arenas RM profesional: Especialidad:PSIQUIATRÍA INFANTIL

Fecha de Emision:2018-10-09