

595274

ANEXO TECNICO No.9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/12/11 Hora: 10:32

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

MORENO		CASALLAS		ANA		FAIDY	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación				1002698054			
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		Número documento de Identificación			
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 2002-03-02			
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación					
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:		VEREDA BOQUERON				Teléfono: 3133659654	
Departamento:		BOYACA	15	Municipio:	VENTAQUEMADA	15861	
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:		NUEVA EPS-S		Código:		EPSS37	

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

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

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre	MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO			Teléfono:	98	7405030	
				Indicativo	Número	Extensión	
Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA			Teléfono Celular			
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización ADMINISTRATIVO						

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:

PACIENTE DE 16 AÑOS CON HIJA DE 1 AÑO CUADRO DE 2 HORAS DE EVOLUCION QUIEN CONSULTA EN LA HORAS DE LA MAÑANA LLEVADA POR COMISARIA DE FAMILIA Y PSICOLOGIA PARA REALIZAR VALORACION EN VENTAQUEMADA. EN LA VALORACION INICIAL SE CONSIDERA PACIENTE CON EPISODIO DEPRESIVO CON IDEAS DE SUICIDIO ESTRUCTURADAS, PERO SIN INTENTOS. SE REALIZA MANEJO CON LUFUOXETINA 50 MG Y SE DA SALIDA. EN LAS HORAS DE LA TARDE ES LLEVADA NUEVAENTE POR LA MISMA ENTIDAD PORQUE AL PARECER SE ENCONTRABA CON UN LAZO EN UN INTENTO DE SUICIDIO POR AHORCAMIENTO ADEMÁS REFIEREN QUE INTENTÓ REALIZAR DAÑO A SU HIJA. DADO ESTO ES REMITIDA A LA INSTITUCION PARA LA VALORACION. SE REINTERROGA A LA MADRE DE DE LA PACIENTE QUIEN AFIRMA QUE EN NINGUN MOMENTO SU HIJA INTENTO AGREDIR A LA NIETA, ADEMÁS MEDICA COMENTA QUE LA PACIENTE ES COLABORADORA EN TODO MOMENTO Y QUE LLORA CUANDO SE LE ALEJA DE LA HIJA O NO LA PUEDE VER POR MUCHO TIEMPO.

ANEXO TECNICO No.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/12/11 Hora: 10:32

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA				NIT	<input checked="" type="checkbox"/>	891800231	-0
				CC	<input type="checkbox"/>		DV
Código	1500100387		Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
Teléfono	8	7405030					
	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

MORENO		CASALLAS		ANA		FAIDY	
1er Apellido		2do Apellido		1er Nombre		2do Nombre	
Tipo Documento de Identificación							
<input type="checkbox"/> Registro Civil		<input type="checkbox"/> Pasaporte		1002698054			
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad		<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		Número documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía		<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Fecha de Nacimiento: 2002-03-02			
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería							
Dirección de la Residencia Habitual:			VEREDA BOQUERON			Teléfono:	3133659654
Departamento:	BOYACA		15	Municipio:	VENTAQUEMADA		15861
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S			Código:		EPSS37		

Examen Físico:

Inspección General
Inspección general: Anormal, PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES AFEBRIL HIDRATADA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS.
Neurológico y Mental
Neurológico y Mental: Anormal, MENTAL: COLABORADORA, ALERTA, ORIENTADO, CON AFECTO MODULADO DE FONDO DEPRESIVO, PENSAMIENTO LOGICO CON PRESENCIA DE IDEACION DE TIPO SUICIDA, IDEAS DE AUTOAGRESION, NIEGA ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS, LENGUAJE FLUIDO, PROSPECCION CONSERVADA, JUICIO Y RACIOCINIO NORMALES.

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 11/12/2018 10:04
Subjetivo, objetivo y análisis: SE ABRE FOLIO PARA FORMULAR

Diagnóstico:

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal

Motivos de remisión:

REFERENCIA
REMISION ADMINISTRATIVA

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma: _____

Registro: 962-03