



HOSPITAL NELSON RESTREPO MARTINEZ-ESE
NIT. 800125697-2
CLL 11 N. 9-104 - ARMERO GUAYABAL-TOLIMA
(Tel:3125228302)

Remisiones
201807180278 - 1
 SIH/0.01/2010-01-01

Fecha: Día: 18 Mes: 07 Año: 2018 **No. Historia Clínica: TI1005849569**

Paciente (Datos Básicos)

Nombres y Apellidos CRISTIAN ALBERTO VERGARA TRIANA
Documento de Identidad: TI 1005849569 **Genero:** Masculino **Edad:** 03/09/2000 - 17 Año(s)
Dirección: CALLE 17 N 9 20 **Telefono:** 3115109399
Municipio: ARMERO (GUAYABAL) **Departamento:** Tolima **Zona:** Urbana
Responsable del Usuario: LOS PADRES
Aseguradora: NUEVA EPS **Regimen:** Contributivo

Datos de las Referencias

Fecha Ingreso	Fecha Egreso	Servicio que Remite	Especialidad
18/07/2018	18/07/2018	URGENCIA.	MEDICINA GENERAL
Modalidad de Solicitud	Servicio al que se remite	Especialidad	
Remision	PSIQUIATRI.	PSIQUIATRI.	

Remisión

Motivo: Nivel de competencia **Medico que Remite:** ANDRES DAVID PERALTA GALINDO

Autorización: A

Descripción

PACIENTE MASCULINO DE 17 AÑOS CON ANTECEDENTE DE CONSUMO PESADO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, QUE INGRESA EN AMBULANCIA ACOMPAÑADO ADEMÁS DE PERSONAL DE POLICIA NACIONAL Y FAMILIAR QUIENES INDICAN PACIENTE PRESENTABA EPISODIO DE HETEROAGRESIVIDAD, POR LO CUAL ES TRAÍDO, AL INGRESO PACIENTE PERSISTE AGRESIVO. INDICA CONSUMO DE "MARIHUANA PERICO Y BOXER". PACIENTE EN QUIEN CONSIDERO NECESARIA VALORACION POR PSIQUIATRIA.

Firma y Sello

Cedula: 1110557041
Registro Prof: 1110557041

DX Principal: PSICOSIS DE ORIGEN NO ORGANICO, NO ESPECIFICADA **Código CIE:** F29X

Nivel de Competencia

Nivel que Remite: 1 **Nivel al que Remite:** 1

Hora Solicitud

Hora: 19 **Minutos:** 23

Hora Confirmación

Hora: 19 **Minutos:** 23

Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión): A

Hora de llegada del Paciente a la Institución Receptora (Registrada por el conductor)

Hora: **Minutos:**

Nombre del Conductor: **No. Placa Ambulancia:**

Impreso por:

YEISON HONORIO CERQUERA GARZON
 ADMINISTRATIVO