

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

INFORM	IACIÓN DE	L PRESTADO	R					recna:	2018/08/13	Hora:	15:29	
		PITAL SAN RAI		JA	***************************************		NIT X	891800231			-0 DV	
Código	15001003	87		Dirección Prestador:	CRA 11 27	- 27 TUNJA - E	BOYACA	***************************************				
Teléfono	- 8	7405030							***************************************			
	Indicativo	Núm	ero	Departamento:	BOYACA		15 M	unicipio: TU	IJA		001	
				DATO	S DEL PACH	ENTE			***************************************	- 10	di ma	
	SOLE	ER		ARIAS		CARMENZA			NO TIENE			
	1er Ape			2de Apellido			1er Nombre			2do Nombre		
		de Identificac	ión									
	gistro Civil rieta de Iden			Pasaporte				2	3983754	*************		
The state of the s	dula de Ciud			Adulto sin Iden			ľ	Número docum	ento de Identif	icación		
	dula de Extra			Tronor on racin	arreactor.			Fecha de Na	cimiento: 19	63-06-03		
Dirección	de la Reside	encia Habitual:		CRA 15 25 80	***************************************				Teléfono:	I		
Departam	ento: B	OYACA			15	Municipio:	TUNJA	***************************************			15001	
ENTIDAL	RESPONS	ABLE DEL PA	GO: NU	JEVA EPS-S	******************		1	Código: EPS	S37			
~~~~~~	-	***************************************		DATOS DE LA PERSON	NA RESPONS	ARIEDELD	ACTENCE					
NO TIENI	3	****************	NO TI	*******************************	NO TIE		ACIENTE		TIENE			
	1er Ape			2do Apellido		1er No	mbre			ombre	***************************************	
		de Identificac	ión									
Tar Cé	gistro Civil rjeta de Ident dula de Ciud dula de Extra	adania		Pasaporte Adulto sin Ident Menor sin Ident			***********	Número Docu	mento Identific	ación	NAMES OF THE OWNER, TH	
		encia Habitual:				<b>UIRAANAANAANAANAANAANAANAANAANAANAANAANAAN</b>			Teléfono:			
Departam	ento:	2		***************************************	***************************************	Municipio:	1	***************************************	1 Actions.	ļ	T	
		PR	OFESION.	AL QUE SOLICITA LA R	REFERENCIA		DALCUA	LSE REMITE	-	-	1	
Nombre MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO				Teléfono:	98		***************************************	7405030				
		***************************************				1 10101101		ativo	Número		Extensión	
Servicio que solicita la referencia Urgencias PSIQUIATRIA				enement of the second of the s			Celular	11111010		DATERSTON		
Servicio p	ara el cual s	e solicita la ref	erencia	Hospitalización UNIDA	AD SALUD M	ENTAL	<u> </u>					
	1			INFORMACIÓ	ON CLÍNICA I	RELEVANTE		***************************************				
Anamnesis	s: ]											
ASISTE EL	V COMPAN	IA DE SU HIJO	QUIEN R	) QUIEN TIENE ANTECEI EFIERE QUE SU MADRE 5 REFIERE " NO RECIBE I	HA PRESENT	'ADO CONDI	FECTIVO JCTAS AG	BIPOLAR EN RESIVAS EN	MANEJO CON LA ULTIMA SE	HALOPI MANA	ERIDOL EN	
Examen F												
PRODUCC INTROSPE	co y Mental: ATENCION ION DEL D	ISCURSO, CO PROSPECCION	A, SUENO NCRETA,	SORDERA ACTITUD DE CON ALTERACION : AF REFERENCIAL HACIA I JICIO DEBILITADO, CON	ECTO PLANC FAMILIARES.	, PENSAMIE SENSOPERC	ENTO ASO	CIACION DE I	DEAS LAXA,	POBRE		



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES Fecha: 2018/08/15 15:29 Hora: INFORMACIÓN DEL PRESTADOR NIT X 891800231 -0 Nombre, E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA DV CC CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA Dirección Prestador: Cédigo 1500100387 7405030 Teléfono 8 001 Municipio: TUNJA Indicativo BOYACA Número Departamento: DATOS DEL PACIENTE CARMENZA ARIAS NO TIENE SOLER 2do Nombre 2do Apellido 1er Nombre 1er Apellido Tipo Documento de Identificación 23983754 Registro Civil Pasaporte Adulto sin Identificación Tarjeta de Identidad Número documento de Identificación Menor sin Identificación Cédula de Ciudadanía Fecha de Nacimiento: 1963-06-03 Cédula de Extranjería Teléfono: CRA 15 25 80 Dirección de la Residencia Habitual: 15001 TUNJA Municipio: BOYACA Departamento: Código: EPSS37 ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S



SS PARACLINICOS

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

#### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/15 15:29 Hara: INFÓRMACIÓN DEL PRESTADOR -0 NIT X 891800231 Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA DV CC Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA Código 1500100387 7405030 Teléfono 001 Municipio: TUNJA BOYACA 15 Departamento: Indicativo Número DATOS DEL PACIENTE NO TIENE CARMENZA ARIAS SOLER 2do Nombre 2do Apellido 1er Nombre 1er Apellido Tipo Documento de Identificación 23983754 Pasaporte Registro Civil Tarjeta de Identidad Adulto sin Identificación Número documento de Identificación Menor sin Identificación Cédula de Ciudadanía Fecha de Nacimiento: 1963-06-03 Cédula de Extranjeria Teléfono: CRA 15 25 80 Dirección de la Residencia Habitual: 15001 TUNJA 15 Municipio: BOYACA Departamento: Código: EPSS37 NUEVA EPS-S ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: Resumen de la Evolución: **EVOLUCIÓN** Fecha: 15/08/2018 13:24 Subjetivo, objetivo y análisis: VLAORACION POR PSIQUIATRIA -NOTA RETROSPECTIVA NATURAL:RONDON PROVIENE TUNJA CUPACION HOGAR ACOMPAÑANTE: HIJO SEBASTIAN SOLER ESCOLARIDAD ANALFABETA MC Y EA PACIENTE DE 55 AÑOS CON ANTECEDENTE DE RETARDO MENTAL CON TX DE LA CONDUCTA - TX PSICOTICO-SORDERA , RECIBIO TRATAMIENTO CON HALOPERIDOL 5 GOTAS/ 8HORAS, DIFENHIDRAMINA CAPSULA 50 MG 1 DIARIA POR 2 MESES, CON MEJOR CONTROL DE SX CONDUCTUALES, DESDE HACE 30 DIAS SUSPENSION DEL TTO, PRESENTANDO REACTIVACION DE SX PSICOTICOS, CONDUCTUALES, HIJO REFIERE QUE HA PRESENTADO CUADRO CLINICO DE 3 DIAS DE EVOLUCION CONSISTENTE EN TENDENCIA A LA DROMOMANIA, HETEROAGRESION Y REFERENCIALIDAD HACIA FAMILIARES, INQUIETUD MOTORA, CONDUCTAS BIZARRAS "SACA LAS COSAS, LAS ROMPE, ES A PEGARLE A UNO", SOLILOQUIOS, RISAS INMOTIVADAS, COPROLALIA, ALTERACION DEL PATRON DEL SUEÑO, EN OCASIONES LLEGANDO A INSOMNIO GLOBAL "NIEGA HACER COSAS CUANDO LA ESTA HACIENDO", MOTIVO POR LO CUAL LA TRAEN COMENTA QUE ESTOS TX DE LA CONDUCTA SE PRESENTAN DESDE HACE VARIOS AÑOS, DONDE PRESENTABA RECAIDAS CADA 6 MESES, DONDE DURABAN I SEMANA, REMISION DE LOS MISMOS, DURANTE ESTE AÑO, LA SX HA SIDO CONTINUA HACE 2 MESES PRESENTO ULTIMA EPISODIO, FAMILAIR REFIERE QUE ANTES PRESENTABA SOLO 1 O 2 CRISIS AL AÑO PERO AHORA SE HA EXACERVADO. ANTECEDENTES PERSONALES: TAB NO ES FAMILIARES: 2 HERMANOS CON ENFERMEDAD MENTAL GRAVE, NO CONOCEN DX, RECIBIAN MANEJO CON PSICOFARMACOS FARMACOLOGICOS : FAMILIAR REFIERE QUE HA TOMADO DIFENHIDRAMINA Y HALOPERIDOL UNICAMENTE TOXICOS Y ALERGICOS: ACCIDENTE OFIDICO HACE 20 AÑOS QX:NIEGA Análisis de resultados: PARACLINICOS EXTRAINSTITUCIONALES TAC DE CRANEO SIMPLE EN RANGO DE NORMALIDAD Plan de mañejo: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA A NIVEL PERSONAL Y FAMILIAR DESDE HACE 30 DIAS ACTIVIDAD DELIRANTE, TX DE LA CONDUCTA,, ALT DEL PATRON DE SUEÑO, QUE GENERAN MALESTAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO, DETERIORO DE SU FUNCIONAMIENTO Y COMPROMISO DE SU JUICIO DE REALIDAD, QUE REQUIEREN MANEJO HX EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PSIQUIATRIA, CONDICION QUE SE INFORMA TANTO A PTE COMO A FAMILIAR, NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS



## MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

1.01								Fech	a: 2018/08/	15 Hora:	15:29
		DEL PRESTADOR					,				
Nombre, E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA NIT X 891800231								-0			
Código	1500100387 Dirección Prestador:				CC						DV
Teléfono		8 7405030 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA								- 1	
L'angle et	ļ					***************************************	·	·7			
-1772	Indicativ	o Número	Departamento:		ACA		15	Municipio:	TUNJA		001
20100	SOI	ED I		DATOS DE	L PAC						
	1er Ar			ARIAS			IENZA			NO TIENE	
A 18 1115		4	2do Apellido			1er Ne	ombre			2do Nombre	
Later of a	organ II.	ito de Identificación									
1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	Registro Civil Pasaporte								23983754		
approximate					entificación			Número documento de Identificación			
	dula de Ex		ivienor si	n Identificaç	ion			Fecha de	Nacimiento	1963-06-03	11.1
	707717778	dencia Habitual:	CRA 15 25 80							7703-00-03	
epartam	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	BOYACA	10.01.13.23.00		15	Municipio:	TUNJ	Λ	tel	éfono:	Turno
NTIDAD	RESPON	SABLE DEL PAGO	: NUEVA EPS-S		115	Withitipio:	TONS		EDOGGA		15001
Diagnóstic			11100177 01 010	*************		****************	**********	Código:	EPSS37		
719 RET elacionad 238 OTR	RASO ME lo OS TRAS	NTAL MODERADO: FORNOS PSICOTICO	R - ACTUALMENTE EN I DETERIORO DEL COMI DE AGUDOS Y TRANSITO FRASTORNOS MENTALI	ORTAMIEN ORIOS Estado	NTO DI	E GRADO NO I esión diagnóstic	ESPECI	FICADO Estad			);
	e remisión										
UNCIÓN ONDICIO	E CON AN CONDUC AMIENTO	Y COMPROMISO E E INFORMA TANTO	TOLOGIA PSIQUIATRIC. ON DE SUEÑO, QUE GEI DE SU JUICIO DE REALIE A PTE COMO A FAMILI	NERAN MA. DAD. OUE R	LESTA EOUIF	R CLINICAME REN MANEIO	ENTE SI	IGNIFICATIV	O, DETERIO	RO DE SU	
			FIRMALLIANDS	DO DEL DO	OFFSI	ONAL OUE R	CRAITE	7			
			FIRMA Y REGIST	RO DEL PR	OFESI	O.ME GOE N	CCIVAL X	5			
			FIRMA Y REGISTI	RO DEL PR	Or E.S.	O MIL QUE N	LCIVAL A	e.			