


# ANEXO TÉCNICO No. 9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

		MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL		Pag 1 / 2	
<b>FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES</b>					
		Fecha: 2018 - 07 - 18		Hora: 06:43	
<b>INFORMACION DEL PRESTADOR</b>					
Nombre : <b>SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA</b>				NIT	891856507
				CC	DV
Código: <b>152380109901</b>		Direccion prestador: TRANSVERSAL 29 N. 9C-41			
Teléfono: <b>7604757 7602579 FAX: 7619303</b>		Departamento: <b>BOYACA</b>		1 5	Departamento: <b>BOYACA</b>
				2 3 8	
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>					
<b>MORENO FLOREZ RAUL HERNEY</b>					
Tipo Documento de Identificación				7318017	
<input type="checkbox"/> AS ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CN CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> RC REGISTRO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> CC CEDULA DE <input type="checkbox"/> MS MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TI TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CE CEDULA DE <input type="checkbox"/> PA PASAPORTE				Numero documento de identificación	
				Fecha de Nacimiento	
				1982 - 01 - 13	
Dirección de Residencia Habitual: <b>CALLE 28 13A-39</b>				Teléfono: 3222545826	
Departamento: <b>BOYACA</b>		15	Municipio: <b>DUITAMA</b>		238
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO		CAPITACION NUEVA EPS PGP		CODIGO	EPS037
<b>DATOS DEL PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE</b>					
Tipo Documento de Identificación				Numero documento de identificación	
<input type="checkbox"/> AS ADULTO SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> CN CERTIFICADO NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> RC REGISTRO CIVIL <input checked="" type="checkbox"/> CC CEDULA DE <input type="checkbox"/> MS MENOR SIN IDENTIFICAR <input type="checkbox"/> TI TARJETA DE IDENTIDAD <input type="checkbox"/> CE CEDULA DE <input type="checkbox"/> PA PASAPORTE					
Dirección de Residencia Habitual:				Teléfono:	
Departamento:				Municipio:	
<b>PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE</b>					
Nombre: <b>LOPEZ MEJIA PABLO ALEJANDRA</b>		Teléfono:		( 098 ) 7 604756 / 7 604756 / Ext 1138 - 1140	
Servicio Que Solicita la referencia: <b>URGE 2DO NIVEL</b>		Telefono Celular		315-317-3522 / 313-853-4091	
Servicio Para el cual se solicita la referencia: VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL					
<b>INFORMACION CLINICA RELEVANTE</b>					

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnostico, resumen de la evolucion, diagnostico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remision. Al finalizar el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

**\*\* CONSULTA \*\*** Fecha: 17/07/2018 Hora: 04:04:38 p.m.

### DATOS DE INGRESO

**VIA INGRESO:** URGENCIAS

**FECHA:** 17/07/2018

**HORA:** 04:04:38 p.m.

**CAUSA EXTERNA:** ENFERMEDAD GENERAL

### MOTIVO DE CONSULTA / ENFERMEDAD ACTUAL:

EN COMPAÑIA DE LA MADRE

REFIERE QUE DESDE HACE 15 DIAS PRESENTA SENSACION DE MUERTE , HACE UNOS DIAS MUCHA TEMBLADERA NO PUEDE ESTARSE QUIETO, E IDEAS DE ATENTAR CONTRA SU PROPIA VIDA CON UN CUCHILLO, LO COGIO PERO NO COMPLETO SU IDEA AYER, ESTA MAÑANA VOLVIO A DARALE LO MISMO, NO HA PENSADO EN LESIONAR A OTROS

ESTA TOMANDO CEFRADINA Y ESPASMOLIL POR INFECCION URINARIA DESDE AYER SE LA ORDENO UN MEDICO PARTICULAR

HACE 11 DÍAS LE DIERON EN EL HOSPITAL DE DUITAMA ORDEN DE VALORACION POR PSIQUIATRIA POR COMPONENTE ANSIOSO NO HA CONSEGUIDO LA CITA

REFIERE QUE DESEA AYUDA POR QUE NO QUIERE SEGUIR SINTIENDOSE ASI, HA TOMADO VALERIANA

### ANTECEDENTES:

**ANTECEDENTES FAMILIARES :** \*\*\* ALZHEIMER ABUELA

**ANTECEDENTES OCUPACIONALES:** \*\*\* RECREADOR

**ANTECEDENTES PERSONALES:** \*\*\* OBESIDAD UROLITIASIS IZQ \*\*\*

**ANTECEDENTES ALERGICOS:** \*\*\* NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA \*\*\* REFEIE QUE AL TRAMADOL

### REVISION POR SISTEMA: NIEGA

**EXAMEN FISICO:** ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ANSIOSO, COLABORADOR

TA: 128 / 86 | FC: 94 | FR: 18 | TEMPERATURA: 36°C | SaO2: 96 | PESO: 91Kg | TALLA: 1,68cm | IMC: 32,24 | DOLOR: 6 | Glasgow: 15 |

**CABEZA Y CUELLO:** MUCOSA ORAL HUMEDA

**TORAX Y CARDIOPULMONAR:** RSCS RITMICOS

RSRS NORMALES

**ABDOMEN:** BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO

**NEUROLOGICO:** SIN LESION APARENTE, GLASGOW 15/15

**PELVIS Y GENITOURINARIO:** SIN LESION APARENTE

**DORSO Y EXTREMIDADES:** SIN LESION APARENTE

**PIEL Y FANERAS:** SIN LESION APARENTE

**OTROS:** LLANTO FACIL, REFIERE MUCHO MIEDO, SOLICITA AYUDA

**DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** F412 : TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

**TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL:** IMPRESION DIAGNOSTICA

OVIDEO ROBALLO CLAUDIA PATRICIA

MEDICO GENERAL | R.M. 0449/06



# ANEXO TÉCNICO No. 9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL

Pag 2 / 2

### FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

A1587017

Fecha: 2018 - 07 - 18 Hora: 06:43

#### INFORMACION DEL PRESTADOR

Nombre : SOCIEDAD CLINICA BOYACA LTDA

NIT: 891856507 9  
CC: Numero DV

Código: 152380109901 Direccion prestador: TRANSVERSAL 29 N. 9C-41

Teléfono: 7604757 7602579 FAX: 7619303 Departamento: BOYACA 1 5 Departamento: BOYACA 2 3 8

#### DATOS DEL PACIENTE

#### MORENO FLOREZ RAUL HERNEY

Tipo Documento de Identificación

☐ AS ADULTO SIN IDENTIFICAR ☐ CN CERTIFICADO NACIDO VIVO ☐ RC REGISTRO CIVIL  
☒ CC CEDULA DE ☐ MS MENOR SIN IDENTIFICAR ☐ TI TARJETA DE IDENTIDAD  
☐ CE CEDULA DE ☐ PA PASAPORTE

7318017

Numero documento de identificación

Fecha de Nacimiento 1982 - 01 - 13

Dirección de Residencia Habitual: CALLE 28 13A-39

Teléfono: 3222545826

Departamento: BOYACA 15 Municipio: DUITAMA 238

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO CAPITACION NUEVA EPS GPG CODIGO EPS037

#### DATOS DEL PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Tipo Documento de Identificación

☐ AS ADULTO SIN IDENTIFICAR ☐ CN CERTIFICADO NACIDO VIVO ☐ RC REGISTRO CIVIL  
☒ CC CEDULA DE ☐ MS MENOR SIN IDENTIFICAR ☐ TI TARJETA DE IDENTIDAD  
☐ CE CEDULA DE ☐ PA PASAPORTE

Numero documento de identificación

Dirección de Residencia Habitual:

Teléfono:

Departamento: Municipio:

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

Nombre: LOPEZ MEJIA PABLO ALEJANDRA Teléfono: (098) 7 604756 / 7 604756 / Ext 1138 - 1140

Servicio Que Solicita la referencia: URGE 2DO NIVEL Telefono Celular 315-317-3522 / 313-853-4091

Servicio Para el cual se solicita la referencia: VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA Y UNIDAD DE SALUD MENTAL

#### INFORMACION CLINICA RELEVANTE

**\*\* EVOLUCION MEDICA \*\*** Fecha: 18/07/2018 Hora: 06:35:28 a.m.

**DIAGNOSTICO:** PACIENTE CON DX DE:

INTENTO DE AUTOLISIS Y HETEROAGRESION

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: IMPRESION DIAGNOSTICA

**SUBJETIVO:** PERMANECE TRANQUILO EN SALA DE OBSERVACION, EN COMPAÑIA DE LA MADRE.

**OBJETIVO:** TA: 115/70 | FC: 75 | FR: 20 | TEMPERATURA: 36.5°C | SaO2: 93 | Glasgow: 15 | BUEN ESTADO GENERAL NO HAY SDRA.

NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HUMEDA, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, NO HAY IY. OROFARINGE NORMAL, OTOSCOPIA NORMAL.

C/P: RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RRS SIN PRESENCIA DE AGREGADOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.

ABD: BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR, RUIDOS INTESTINALES NORMALES EN FRECUENCIA E INTENSIDAD.

EXT: SIMETRICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

NEURO: SIN DEFICIT APARENTE.

EXAMEN MENTAL: EUPSIQUICO, PENSAMIENTO CIRCUSTANCIAL, IDEAS DE SOBREVIVENCIA, Y DE INTENTO DE AUTOLISIS JUICIO NULO INTOSPECCION Y RETOSPECCION

**ANALISIS Y JUSTIFICACION:** PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD QUIEN HA PRESENTADO IDEAS DE AUTOAGRESION Y AUTOLISIS ASOCIADOS DE SIMTOMAS DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL MOMENTO PERMANECE ANSIOSO SIN ESTRUCTURACION DE PLAN DE MUERTE NI IDEAS DE MUERTE PERO ALTO RIESGO DE RECIDA POR ESCALA DE SDD PERSONS, SE INDICA MANEJO MEDIO POR BZCD, SE SOLICITA REMISION PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA.

LOPEZ MEJIA PABLO ALEJANDRO

MEDICO GENERAL | R.M. 1055272980

**\*\* EVOLUCION MEDICA ESPECIALIZADA \*\*** Fecha: 17/07/2018 Hora: 06:00:41 p.m.

**DIAGNOSTICO:** FINALIDAD CONSULTA: NO APLICA

CAUSA EXTERNA: ENFERMEDAD GENERAL

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: IMPRESION DIAGNOSTICA

**SUBJETIVO:** ANSIEDAD- DEPRESION MIXTO

CACERES GONZALEZ ANGELA RAQUEL

PSICOLOGA CLINICA |

LOPEZ MEJIA PABLO ALEJANDRA

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

18/07/2018 | 06:44:20 a.m. LOPEZ MEJIA PABLO ALEJANDRA





# Clínica Boyacá

TRANSVERSAL 29 No.9C - 41 TEL: 7604757 FAX:  
7631386 DUITAMA email:  
clinica-boyaca@hotmail.com

## HISTORIA CLINICA

7318017

## CAPITACION NUEVA EPS PGP

A1587017

Pag 1 /

**Nombre:** MORENO FLOREZ RAUL HERNEY

**Cedula De Ciudadania No.:** 7318017

**Fecha Nacimiento:** 13/1/1982

**Edad:** 36 Años

**Sexo:** Masculino

**Dirección:** Calle 28 13a-39

**Municipio:** Duitama

**Departamento:** Boyaca

**Teléfono:** 3222545826

**\*\* EVOLUCION MEDICA \*\*** Fecha: 18/07/2018 HORA: 06:35:28 a.m.

**DIAGNOSTICO:** PACIENTE CON DX DE:

INTENTO DE AUTOLISIS Y HETEROAGRESION

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

TIPO DIAGNOSTICO PRINCIPAL: IMPRESION DIAGNOSTICA

**SUBJETIVO:** PERMANECE TRANQUILO EN SALA DE OBSERVACION, EN COMPAÑIA DE LA MADRE.

**OBJETIVO:** TA: 115/70 | FC: 75 | FR: 20 | TEMPERATURA: 36.5°C | SaO2: 93 | Glasgow: 15 | BUEN ESTADO GENERAL NO HAY SDRA.

NORMOCEFALO, MUCOSA ORAL HUMEDA, PINRAL, CUELLO MOVIL SIN MASAS, NO HAY IY. OROFARINGE NORMAL, OTOSCOPIA NORMAL.

C/P: RSCS RITMICOS SIN SOPLOS, RRS SIN PRESENCIA DE AGREGADOS MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.

ABD: BLANDO DEPRESIBLE SIN DOLOR, RUIDOS INTESTINALES NORMALES EN FRECUENCIA E INTENSIDAD.

EXT: SIMETRICAS SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR A 2 SEGUNDOS.

NEURO: SIN DEFICIT APARENTE.

EXAMEN MENTAL: EUPSIQUICO, PENSAMIENTO CIRCUNSTANCIAL, IDEAS DE SOBREVIVENCIA, Y DE INTENTO DE AUTOLISIS JUICIO NULO INTOSPECCION Y RETOSPECCION POBRES Q

**ANALISIS Y JUSTIFICACION:** PACIENTE DE 36 AÑOS DE EDAD QUIEN HA PRESENTADO IDEAS DE AUTOAGRESION Y AUTOLISIS ASOCIADOS DE SIMTOMAS DE ANSIEDAD GENERALIZADA EN EL MOMENTO PERMANECE ANSIOSO SI ESTRUCTURACION DE PLAN DE MUERTE NI IDEAS DE MUERTE PERO ALTO RIESGO DE RECIDIVA POR ESCALA DE SDD PERSONS, SE INDICA MANEJO MEDIO CON BZCD, SE SOLICITA REMISION PARA VALORACION Y MANEJO POR PSIQUIATRIA.

LOPEZ MEJIA PABLO ALEJANDRO  
MEDICO GENERAL R.M. 1055272980