|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TIPO DE SOLICITUD:** 🖵Procedimiento 🖵Examen diagnostico \*Referencia 🖵Contrarreferencia  **TIPO DE IDENTIFICACIÓN:** X🖵CC 🖵CE 🖵TI 🖵RC  **NOMBRE DEL PACIENTE: FLOR ANGELA GALINDO APONTE** | **SOLICITUD DE SERVICIOS**  **SISTEMA DE REFERENCIA Y**  **CONTRARREFERENCIA**  **FECHA DE SOLICITUD: 19/06/2018**  **HORA DE SOLICITUD: 10+00**  **GENERO:** 🖵F X 🖵M  **EDAD: 75 AÑOS**  **FECHA DE REALIZADO: 19/06/2018**  **Nº IDENTIFICACIÓN:** **20342764** | RE-16-01-V2  F.V. OCTUBRE 2014 |

**SERVICIO: PISQUIATRIA**

**CAMA: 629**

**TIPO DE ASEGURADOR:** 🖵EPS-S 🖵EPS FAMISANAR 🖵ARP 🖵SOAT 🖵Otro

**NOMBRE DEL FAMILIAR:**

**MEDICO SOLICITANTE**

**(Firma y sello): LILIANA MARCELA PATIÑO RAMIREZ**

**TELÉFONO:**

**TIPO DE AMBULANCIA:**

Básica:\_X\_\_ Medicalizada:\_\_\_

**Nº REGISTRO MEDICO: 1013641192**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del procedimiento y/o servicio solicitado** | **Código servicio solicitado** | **Nombre del punto de atención destino inicial** | **Nombre del punto de atención destino final** |
| **1.REMISION MANEJO INTEGRAL A UNIDAD MENTAL** |  |  |  |
| **2.** |  |  |  |
| **3.** |  |  |  |
| **4.** |  |  |  |
| **5.** |  |  |  |
| **6.** |  |  |  |

|  |
| --- |
| **RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA:** |
| PACIENTE FEMENINA EN LA OCTAVA DECADA DE LA VIDA QUIEN INGRESA OOR INTENTYO SUICIDA CON LESIONES AUOINFILNGIDA CON ARMACORTOPUNZANTE \_CUCHILLO\_ EN BRAZO IZQUIERDO Y CUELLO, CON SINTOMAS DE DEPRESION TRAS LA MUERTE DE ESPOSO HACE 7 AÑOS, PREVIAMENTE MANEJADA EN CLINICA LA PAZ, PARACLINICOS HEMOGRAMA SIN LEUOCICTOSIS SIN NEUTROIFLIA, NO ANEMIA, NO TROMBOCITOPENIA, EN EL MOMENTO PACIENTE CLINICA Y HEMODINAMICAMEMTE ESTABLE, SIN SIGNOS D EBAJO GASTO, SIN SIGNOS DE DIFICUALD RESPIRATORIA, CONTINUA VIGILANCIA CLINICA, VALORADA POR PSIQUIATRIA QUIEN IDICA INIAR REMISION A UNIDAD MENTAL DADO TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (DUELO NO RESUELTO. |
|  |
|  |
|  |

**EXAMEN FÍSICO:**

**LEV:**

**TA: 101/87**

**FR: 19**

**GLASGOW: 15/15**

**FC: 78**

**T: 36.1**

**SAT: 93% AL AMBIENTE**

|  |
| --- |
| **RESULTADOS EXÁMENES DIAGNÓSTICOS:** |
| 1. RX DE HOMBRO FRACTURA EN TERCIO MEDIAL ANGULADA NO DESPLAZADA |
|  |
|  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DIAGNÓSTICOS:** | **CIE 10** |
| 1. INTENTO SUICIDA 2. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR 3. HERIDA POR ARMA CORTOPUNZANTE    1. LACERACIO COMPLEJA AUTOINFLINGIDA EN PLIEGUE ANTEBRAQUIAL IZQUIERDO 4. TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR 5. HIPERTENSION ARTERIAL CONTROLADA 6. HIPOTIROIDISMO EN SUPLENCIA HORMONAL 7. BARTEHL 100/100 | **F414** |

**MOTIVO DE LA SOLICITUD:** 🖵Servicio no ofertado 🖵 Ausencia del profesional 🖵Falta de insumos 🖵Falla de insumos 🖵Falta de camas

🖵 Cese de actividades 🖵 Emergencia sanitaria 🖵 Otro: cual?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**RECIBE** (Nombre y firma)

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ENTREGA** (Nombre y firma)

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_