|  |  |
| --- | --- |
| **http://192.168.2.75/sihos/imagenes/736240081501/rovira.jpg** | **HOSPITAL SAN VICENTE DE ROVIRA NIT. 809005719-4 Calle 4 Cra. 7 Esquina (Tel:2880077)** |
| **Remisiones** **201807120276 - 1** |
| SIH-1/0.01/2010-01-01 |
|  |
|  |
| **Usuario**: AS 73624D0001 MARIA ISABEL SUNCE TRUJILLO **Género**: Femenino **Edad**: 48 Año(s) | | |
| **Admin**: NUEVA EPS **Cont**: (CAP001) CAPITADO SUBSIDIAD... **Tipo Usuario**: Subsidiado | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha: Dia:** 12 | **Mes:** 07 | **Año:** 2018 | **No. Historia Clinica:** AS12072018 |

Paciente (Datos Basicos)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** | MARIA ISABEL SUNCE TRUJILLO | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Documento de Identidad:** | AS 73624D0001 | **Genero:** Femenino | **Edad:** | 01/01/1970 - 48 Año(s) | |
|  | |  |  | |  |
| **Dirección:** ALFONSO REYES | | | **Telefono:** | 0 | |
|  |  |  |  | | |
| **Municipio:** ROVIRA | | **Departamento:** Tolima | | **Zona:** Urbana | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Responsable del Usuario:** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Aseguradora:** | NUEVA EPS | **Regimen:** | Subsidiado |  |  |

Datos de las Referencias

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha Ingreso** | **Fecha Egreso** | **Servicio que Remite** | **Especialidad** |
|  |  |  |  |
| 12/07/2018 | 12/07/2018 | URGENCIA. | MEDICINA GENERAL |
|  | |  |  |
| **Modalidad de Solicitud** | | **Servicio al que se remite** | **Especialidad** |
|  |  |  |  |
| Interconsulta |  | PSIQUIATRI. | PSIQUIATRI. |

Remisión

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Motivo:** Nivel de competencia |  | **Medico que Remite:** XIOMARA DELCARMEN CUBILLOS PINILLA | |
|  |  |  | |
| **Autorización:** XX |  |  | |
|  |  |  | |
| **Descripción** Motivo de Consulta: PACIENTE TRAIDO POR LA POLICIA Enfermedad Actual: PACIENTE NO IDENTIFICADA, QUIEN ES TRAIDA EN HORAS DE LA MAÑANA POR LA POLICIA Y LA PERSONERA MUNICIPAL, PACIENTE CONOCIDA EN EL MUNICIPIO BAJO EL APODO DE "SUSY", HABINTANTE DE LA CALLE, CON ANTECEDNETE DE DE ENFEREDAD DEMENCIAL NO ESPECIFICADA, SIN MANJEO MEDICO PREVIO, SE INGRESA A PACIENTE PARA INICIAR TRAMITES DE RESMISION PARA VALORACION POR PSIQUATRIA. Antecedentes Planifica: No Patológicos: Si ESQUIZOFRENIA ??? Tóxico Alérgicos: Si CONSUMIDORA DE PSICOTROPICOS. Signos Vitales Peso: 50.00 Kg Talla: 150 Cm Masa Corporal: 22.22 Kg/m2 Frecuencia Cardiaca: 87 Min Frecuencia Respiratoria: 18 Min Temperatura: 36.00 ºC Presión Arterial: 120/80 Saturación: 96.00 % Exámen Físico Estado General: ALERTA, HIDRATADA, AFEBRIL , PACIENTE CON MAL ASPECTO GENERAL , MALA HIGIENE, CON ROPA SUCIA, POCO COLABORADORA, CON HETEROAGRESIVIDAD, CON HIPOPROXESIA, DESORIENTEADA EN TIEMPO, LUGAR ESPACIO Y PERSONA, CON COPROLALIA, SOLILOQUIOS, TAQUILALIA, PENSAMIENTO ILOGICO, TAQUIPSIQUIA CON CONTENIDO ILOGICO, SIN ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION, INTROSPECCION Y PROSPECCION NULA. Cabeza: Normal NORMOCEFALO, CABELLOS NORMOINSERTOS Cuello: Normal CUELLO MOVIL SIN ADENOPATIAS Torax: Normal SIMETRICO, EXPANSIBLE, RSCSRS SIN SOPLOS, PULMONES CLAROS VENTILADOS SIN AGREGRADOS Abdomen: Normal BLANDO, DEPRESIBLE, PERISTALSIS POSITIVA, NO DOLOROSO A LA PALPACION NO MEGALIAS G/U: Normal GENITALES NORMOCONFIGURADOS Extremidades: Normal SIMETRICAS, SIN EDEMAS, MOVILES. Neurológico: Normal SIN DEFICIT DURANTE LA REALIZACION DE ESTA VALORACION, GLASGOW 15/15 Nariz: Normal SIMETRICA, TABIQUE NORMAL, FOSAS PERMEABLES Oidos: Normal OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL Boca: Normal MUCOSA ORAL HUMEDA, MAL HIGIENE ORAL Ojos: Normal CONJUNTIVA NORMOCROMICAS Piel: Normal Ano: Normal Osteomuscular: Normal Revisión por Sistema: NIEGA Sistemático Respiratorio: No Sistemático de Piel: No Sistemático Nervioso Periférico: No Perimetro Abdominal: (70) Normal Análisis de Laboratorios e Imágenes Diagnósticas Análisis: Diagnóstico Tipo Diagnóstico Principal (F209) ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA Confirmado Repetido Rela 1 (F03X) DEMENCIA , NO ESPECIFICADA Confirmado Nuevo Rela 2 (Y069) NEGLICENCIA Y ABANDONO: POR PERSONA NO ESPECIFICADA Confirmado Nuevo Plan de Manejo y Recomendaciones Destino: AMBULATORIO Recomendaciones: PACIENTE FEMENINA DE 48/50 AÃ‘OS DE EDAD POR EDAD CLINICA, QUIEN ES TRAIDA POR LA POLICIA Y PERSONERA MUNICIPAL, REIFEREN QUE LA PACIENTE EN UNA HABITANTE DE LA CALLE EN ABANDON SOCIAL, REFIEREN QUE LA COMUNIDAD REALIZO UN DERECHO DE PETECION A LA PERSONERIA Y SECRETARIA DE SALUD MUNICIPAL PARA SU INTERVENCION, PUES LA PACIENTE SE HA TORNADO EN REPETIDAS OCASIONES AGRESIVA CON LA COMUNIDAD, ES CONSUMIDORA DE PSICOTROPICOS, PACIENTE CON ENFERMEDAD PSIQUIATRICA SIN ESTUDIOS PREVIOS, PACIENTE CON MAL ASPECTO GENERAL , MALA HIGIENE, CON ROPA SUCIA, POCO COLABORADORA, CON HETEROAGRESIVIDAD, CON HIPOPROXESIA, DESORIENTADA EN TIEMPO, LUGAR ESPACIO Y PERSONA, CON COPROLALIA, SOLILOQUIOS, TAQUILALIA, PENSAMIENTO ILOGICO, TAQUIPSIQUIA CON CONTENIDO ILOGICO, SIN ALTERACIONES DE LA SENSOPERCEPCION, INTROSPECCION Y PROSPECCION NULA. SE SOLICITAN PARACLINICOS DE CONTROL DEL 12/07/18 CUADRO HEMATICO LEUCOS DE 10.300 NEUTROS 85.3%, HB 12.B 12.2, HCTO 34.1, PLAQUETAS 274.000, GLUCOSA 107.8 MG/DL, CREATININA .99, BUN 19.20, TRANSAMINASA OXALOACETICA 15.7, TRANSAMINASA PIRUVICA 17.8, BILIRRUBINA TOTAL 00.98, BILURRINA DIERECTA 0.39, PARCIAL DE ORINA NO PATOLOGICO, PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA, SE TOMA EKG RITMO SINUSAL FC 66LXM, EJE NORMAL SIN SIGNOS DE ISQUEMIA O DE NECROSIS, SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA PARA QUE AHGAN DIAGNOSTICO DE ENFERMDEDAD PSIQUIATRICA CON LA CUAL CURSA LA PACIENTE Y DETERNIME SU RESPECTIVO TRATAMIENTO SE INCIAN TRAMITES DE REMISION A DICHA ESPECIALIDAD. |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma y Sello** | |
| **Cedula:** | 1110513032 |  |
| **Registro Prof**: | 1110513032 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DX Principal :** | ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA | **Código CIE:** | F209 |
| **Relacionado 1:** | DEMENCIA , NO ESPECIFICADA | **Código CIE:** | F03X |
| **Relacionado 2:** | NEGLICENCIA Y ABANDONO: POR PERSONA NO ESPECIFICADA | **Código CIE:** | Y069 |

Nivel de Competencia

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nivel que Remite:** | 1 | **Nivel al que Remite:** | 2 |

Hora Solicitud

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hora:** 18 | **Minutos:** 00 |  |  |
|  |  |  |  |

**Hora Confirmación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Hora:** 18 | **Minutos:** 00 |  |  |
|  | |  |  |
| **Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión):** XX | |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | |  |
| **Hora:** | **Minutos:** |  |  |
|  | |  |  |
| **Nombre del Conductor:** | | **No. Placa Ambulancia:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Impreso por:   |  | | --- | | http://192.168.2.75/sihos/archivos_tmp/imagenes/7772d943d6a9a3b3338dbbe23803dff2.jpg |   WILLIAM ACOSTA ENCISO  ADMINISTRATIVO |