|  |  |
| --- | --- |
| **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** **201807250187 - 1** |
| SIH/0.01/2010-01-01 |
|  |
|  |
| **Usuario**: CC 1109006296 AGUEDITA LUNA QUINTERO **Género**: Femenino **Edad**: 56 Año(s) | | |
| **Admin**: NUEVA EPS **Cont**: (CAP001) CAPITADO SUBSIDIAD... **Tipo Usuario**: Subsidiado | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha: Dia:** 25 | **Mes:** 07 | **Año:** 2018 | **No. Historia Clinica:** AS09062016 |

Paciente (Datos Basicos)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** | AGUEDITA LUNA QUINTERO | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Documento de Identidad:** | CC 1109006296 | **Genero:** Femenino | **Edad:** | 26/02/1962 - 56 Año(s) | |
|  | |  |  | |  |
| **Dirección:** BRR LAS LOMITAS | | | **Telefono:** | 3183684564 | |
|  |  |  |  | | |
| **Municipio:** ROVIRA | | **Departamento:** Tolima | | **Zona:** Urbana | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Responsable del Usuario:** | SIMON LUNA HERMANO |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Aseguradora:** | NUEVA EPS | **Regimen:** | Subsidiado |  |  |

Datos de las Referencias

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha Ingreso** | **Fecha Egreso** | **Servicio que Remite** | **Especialidad** |
|  |  |  |  |
| 25/07/2018 | 25/07/2018 | INTERNAC. | MEDICINA GENERAL |
|  | |  |  |
| **Modalidad de Solicitud** | | **Servicio al que se remite** | **Especialidad** |
|  |  |  |  |
| Remision |  | PSIQUIATRI. | PSIQUIATRI. |

Remisión

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Motivo:** Nivel de competencia |  | **Medico que Remite:** LAURA STEPHANIE PADILLA QUEVEDO | |
|  |  |  | |
| **Autorización:** XX |  |  | |
|  |  |  | |
| **Descripción** PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR FASE MANIACA TRAIDA POR LA POLICIA POR EPISODIO DE AGRESIVIDAD CON LA COMUNIDAD LANZANDO ROCAS A UN AUTOMOVIL, MOTIVO POR EL CUAL ES TRAIDA. PACIENTE QUE HA PRESENTADO ALTERACION EN CONDUCTA EN EL ULTIMO MES CON REQUERIMIENTO DE MEDIDAS DE CONTENCION POR PARTE DE AUTORIDAD LOCAL EN APROXIMADAMENTE 5 OCASIONES. POCO APEGO A TRATAMIENTO. ACTUALMENTE PACIENTE EN BUENAS CONDICIONES GENERALES, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, NO SIGNOS DE SIRS, SIN DIFICULTAD RESPIRATORIA, CON BUENA SATURACION, AL EXAMEN FISICO Estado General: CONSCIENTE, INGRESA EN FRANCA AGITACION PSICOMOTORA, LOGORREICA, AFEBRIL, HIDRATADA Cabeza: Normal NORMOCEFALA Cuello: Normal MOVIL, NO MASAS, NO ADENOPATIAS, NO SIGNOS MENINGEOS Torax: Normal SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN AGREGADOS Abdomen: Normal BLANDO, NO DOLOR, NO MASAS, NO MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL G/U: Normal Extremidades: Normal EUTROFICAS, MOVILES, NO EDEMAS, PULSOS DISTALES PRESENTES, LLENADO CAPILAR DISTAL MENOR DE 2 SEGS Neurológico: Normal SIN DEFICIT APARENTE, GLASGOW 15/15 Nariz: Normal PERMEABLE Oidos: Normal Boca: Normal MUCOSA ORAL HUMEDA Ojos: Normal ESCLERAS ANICTERICAS, CONJUNTIVAS ROSADAS, PUPILAS REACTIVAS A LA LUZ Piel: Normal SIN LESIONES Ano: Normal Osteomuscular: Normal SIN ALTERACION SE REALIZAN PARACLINICOS CON RESULTADOS ANEXOS, SIN ALTERACION O RESULTADO PATOLOGICO, SE DESCARTA ALTERACION POR PROCESO INFECCIOSO U DE OTRA INDOLE, SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD PARA MANEJO DE CUADRO ACTUAL. |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma y Sello** | |
| **Cedula:** | 1067928214 |  |
| **Registro Prof**: |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DX Principal :** | TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO MANIACO PRESENTE SIN SINTOMAS PSICOTICOS | **Código CIE:** | F311 |

Nivel de Competencia

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

Hora Solicitud

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hora:** 13 | **Minutos:** 55 |  |  |
|  |  |  |  |

**Hora Confirmación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Hora:** 13 | **Minutos:** 55 |  |  |
|  | |  |  |
| **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/46c840571c8c9ff8db555ec617cda6ee.jpg |   JOSE ANTONIO CABRERA  MEDICINA GENERAL  Registro Profesional 0806995 |