|  |  |
| --- | --- |
| **http://192.168.2.5/sihos/imagenes/736750070501/logo.gif** | **HOSPITAL LA MISERICORDIA NIT. 890701922-3 SAN ANTONIO-TOLIMA CALLE 7 # 8-61 BA (Tel:3209033752)** |
| **Remisiones** **201808030182 - 1** |
| SIH/0.01/2010-01-01 |
|  |
|  |
| **Usuario**: TI 1007390045 NURY ESTEFANY BERMUDEZ SALCEDO      **Género**: Femenino    **Edad**: 18 Año(s) | | |
| **Admin**: NUEVA EPS  **Cont**: (SUBSIDI) SUBS CAPITADO SER... **Tipo Usuario**: Subsidiado POS | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha: Dia:** 04 | **Mes:** 08 | **Año:** 2018 | **No. Historia Clinica:** TI1007390045 |

Paciente (Datos Basicos)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** | NURY ESTEFANY BERMUDEZ SALCEDO | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Documento de Identidad:** | TI 1007390045 | **Genero:**  Femenino | **Edad:** | 23/07/2000 - 18 Año(s) | |
|  | |  |  | |  |
| **Dirección:** FINCA MIRASOL | | | **Telefono:** | 0 | |
|  |  |  |  | | |
| **Municipio:** SAN ANTONIO | | **Departamento:** Tolima | | **Zona:** Rural | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Responsable del Usuario:** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Aseguradora:** | NUEVA EPS | **Regimen:** | Subsidiado POS |  |  |

Datos de las Referencias

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha Ingreso** | **Fecha Egreso** | **Servicio que Remite** | **Especialidad** |
|  |  |  |  |
| 03/08/2018 | 04/08/2018 | INTERNAC. | MEDICINA GENERAL |
|  | |  |  |
| **Modalidad de Solicitud** | | **Servicio al que se remite** | **Especialidad** |
|  |  |  |  |
| Remision |  | PSIQUIATRI. | PSIQUIATRI. |

Remisión

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Motivo:** Nivel de competencia |  | **Medico que Remite:** FABIO ENRIQUE GUARNIZO PALMA | |
|  |  |  | |
| **Autorización:** X |  |  | |
|  |  |  | |
| **Descripción** PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTO EPISODIO DE INTENTODE SUICIDIO EL DIA DE AYER AL INGERIR MULTIPLES TABLETAS DE MEDICAMENTOS TIPO OMEPRAZOL, ANTIHIPERTENSIVOS Y NAPROXENO JUNTO A MEDIA BOTELLA DE AGUARDIENTE CON POSTERIOR SOMNOLENCIA, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS Y EMESIS, POR LO CUAL ES TRAIDA AL SERVICIO DE URGENCIAS DONDE SE REALIZA MANEJO MEDICO CON MEJORIA CLINICA DE LA SINTOMATOLOGIAY ESTABILIZACION HEMODINAMICA. EL DIA DE HOY PACIENTE REFIERE SE SIENTE BIEN, LEVES NAUSEAS, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, , NO EMESIS, REFIERE SE SIENTE DEPRIMIDA, LLANTO FACIL, SIN IDEAS DELIRANTES NI NUEVAS IDEAS DE SUICIDIO ESTRUCTURADAS. AL EXAMEN FISICO ACEPTABLE ESTADO GENERAL, ALERTA ORIANTADA, MUCOSAS HUMEDAS NORMOCROMICAS, C/P: RSCS RITMICOS SIN SOPLOS NI AGREGADOS PULMONARES, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, ESTREMIDADES EUTROFICAS SIN EDEMAS, NEUROLOGICO: ALERTA ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, FACIES DE DEPRESION, IDEAS DEPRESIVAS, NO IDEAS DELIRANTES, LENGUAJE COHERENTE, NO APRAXIAS, NI AGNOSISAS, MEMORIA CONSERVADA, CONCIENTE DE SU ACTUACION Y LOS PROBLEMAS QUE ESTO LE PUEDE GENERAR, PARES CRANEALES SIN ALETRACIONES, ABSTRACCION Y LATERALIDAD NORMALES, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO. PACIENTE CON DX: 1. DEPRESION MAYOR 2. ENVENENAMIENTO AUTOINFLINGIDO EN EL MOMENTO ESTABLE HEMODINAMICAMENTE, ALERTA ORIENTADA, SIN SIDEAS DELIRANTES, SIN IDEAS DE SUICIDIO ESTRUCTURADAS, EN COMPAÑIA DE FAMILIAR, SE SOLICITA VALORACION POR PSIQUIATRIA. GRACIAS |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma y Sello** | |
| **Cedula:** | 93089528 |  |
| **Registro Prof**: | RM2145 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DX Principal   :** | ENVENENAMIENTO AUTOINFLIGIDO INTENCIONALMENTE POR, Y EXPOSICION A ANALGESICOS NO NARCOTICOS, ANTIPIRETICOS Y ANTIRREUMATICOS: VIVIENDA | **Código CIE:** | X600 |
| **Relacionado 1:** | TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION | **Código CIE:** | F412 |

Nivel de Competencia

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

Hora Solicitud

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hora:** 08 | **Minutos:** 13 |  |  |
|  |  |  |  |

**Hora Confirmación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Hora:** 08 | **Minutos:** 13 |  |  |
|  | |  |  |
| **Nombre del Confirmador (persona que acepta la Remisión):** X | |  |  |

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Impreso por:   |  | | --- | | http://192.168.2.5/sihos/archivos_tmp/imagenes/d266fd8c018becdf71a45e7aade93780.jpg |   VARGAS OVIEDO SANDRA YANETH  AUXILIAR DE ENFERMERIA |