|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Resolución 4331 19 DIC 20012**  **REPUBLICA DE COLOMBIA**  **MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL**  **FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES** | | | |  |
| **Fecha:**  **05/04/2018** | **ANEXO 9** | **Hora:**  **13+00** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL PRESTADOR** | | | | | | | | |
| **Razón Social:** | REMY IPS SAS | | | | | | | |
| **Código:** | 110012495801 | | **Nit:** 900589178 | | **Dirección: TV 17 A NO 1 21** | | | |
| **Teléfono:** | **Indicativo (1)** | **Número: 7462021** | | | **CEL: 3185377438** | | **E-MAIL: referencia@remyips.net** | |
| **Departamento:** | BOGOTÁ | | | **Código 001** | **Municipio:** | BOGOTÁ | | **Código:** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL PACIENTE** | **NOMBRES**: **HECTOR JULIO** | | | | | | | | | | | **APELLIDOS**: CARRILLO ROBAYO | | | | | | | | | |
| **Tipo de Documento:** | **RC** |  | **TI** |  | **CC** | **X** | **CE** |  | **PAS** |  | **ASI** | |  | **MSI** |  | | **No Documento:** | 11201406 | | | |
| **Fecha de Nacimiento:** |  | | | | | | | | | | | **Edad:** | | | | **43** | | **Sexo:** | | **M** | **F: X** |
| **Dirección Residencia** |  | | | | | | | | | | | **Teléfono:** | | | |  | | **E-MAIL** |  | | |
| **Departamento:** |  | | | | | | | | | | | **Municipio:** | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO** | **NUEVA EPS** | **Código:** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE** | | | | | **NOMBRES:** | | | | | | | | **APELLIDOS:** | | | | | | | |
| **Tipo de Documento:** | **RC** |  | **TI** |  | | **CC** | **X** | **CE** |  | **PAS** |  | **ASI** | |  | **MSI** |  | **No. Documento:** | | |  |
| **Dirección Residencia** |  | | | | | | | | | | | | **Teléfono:** | | | **7462021** | | **E-MAIL** | **referencia@remyips.net** | |
| **Departamento:** |  | | | | | | | | | | | | **Municipio:** | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE** | **NOMBRE Y APELLIDOS:**  **WILLIAM LEONARDO MORA** | **TELEFONO:**  **3185377438** | **Indicativo:** |
| **E-MAIL: referencia@remyips.net** | **Número: 1033689751** | **Extensión** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SERVICIO QUE SOLICITA LA REFERENCIA** | **MEDICINA GENERAL** | **TELEFONO (CEL): 3185377438** |
| **SERVICIO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA REFERENCIA** | **Psiquiatría** | |
| **CODIGO CIE 10:** | **DESCRIPCION REMISION A OTRA INSTITUCION POR TRAMITES ADMINISTRATIVOS** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE** | |
|  | |
| |  | | --- | | PACIENTE REFIERE QUE PASO BUENA NOCHE, ASINTOMÁTICO, CON ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO Y COMPORTAMIENTO | | **Objetivo:** | EXAMEN FÍSICO PACIENTE CONSCIENTE ALERTA ORIENTADO, EN BUEN ESTADO GENERAL CON SIGNOS VITALES DE 110/70, FC 74, FR 17 T 36 SATURANDO 93 AL AMBIENTE  CABEZA MUCOSA ORAL HÚMEDA ESCLERAS ANICTERICAS, ISOCORIA REACTIVA. CUELLO: NO MASAS NO MEGALIAS, NO INGURGITACIÓN YUGULAR  TÓRAX: SIMÉTRICO, NO HAY SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, RUIDOS RESPIRATORIOS SIN AGREGADOS. ABDOMEN RUIDOS INTESTINALES PRESENTES, BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN SIGNOS DE IRRITACIÓN PERITONEAL EXTREMIDADES SIN EDEMAS LLENADO CAPILAR MENOR A DOS SEGUNDOS.  NEUROLÓGICO: PACIENTE EN ESTADO DE ALARTA, CONCIENTE, NO HAY SIGNOS DE FOCALIZACION NO SIGNOS DE IRIRTACION MENINGEA | | **Análisis:** | PACIENTE ESTABLE AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN ESTABLE, SIN NOVEDADES POR MEDICINA GENERAL, CON ADECUADO PATRÓN DEL SUEÑO Y COMPORTAMIENTO, CONTINUA MANEJO MEDICO POR EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, POR TRAMITES ADMINISTRATIVOS CON EPS SE DECIDE INICIAR REMISION A OTRA INSTITUCION PARA CONTINUAR MANEJO MEDICO. | | **Plan de Manejo:** | PLAN 1 VIGILANCIA ESTRICTA DE PATRÓN DE CONDUCTA  2 CONTROL DE SIGNOS VITALES  3 DIETA CORRIENTE  5 PENDIETE VALORACION POR PSIQUIATRIA  6 INTERVENCIÓN POR PSICOLOGÍA TERAPIA OCUPACIONAL TRABAJO SOCIAL  7 AVISAR CAMBIOS ANORMALES | | **Diagnóstico Principal:** | **F312**Trastorno afectivo bipolar, episodio maniaco presente con sintomas psicoticos | |  | | | |
| **NOMBRE DEL PROFESIONAL QUE REMITE: WILLIAM LEONARDO MORA TORRES** | **Médico General RM:**  **1033689751** |