|  |  |
| --- | --- |
| **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** **201812060442 - 1** |
| SIH-1/0.01/2010-01-01 |
|  |
|  |
| **Usuario**: TI 1107008361 DAVID ALEXANDER QUIMBAYA AGUDELO **Género**: Masculino **Edad**: 14 Año(s) | | |
| **Admin**: NUEVA EPS **Cont**: (CAP001) CAPITADO SUBSIDIAD... **Tipo Usuario**: Subsidiado | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha: Dia:** 07 | **Mes:** 12 | **Año:** 2018 | **No. Historia Clinica:** TI1107008361 |

Paciente (Datos Basicos)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombres y Apellidos** | DAVID ALEXANDER QUIMBAYA AGUDELO | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Documento de Identidad:** | TI 1107008361 | **Genero:** Masculino | **Edad:** | 15/05/2004 - 14 Año(s) | |
|  | |  |  | |  |
| **Dirección:** BARRIO NUEVO ORIZONTE | | | **Telefono:** | 3163509774 | |
|  |  |  |  | | |
| **Municipio:** ROVIRA | | **Departamento:** Tolima | | **Zona:** Urbana | |
|  |  |  |  |  |  |
| **Responsable del Usuario:** | CLAUDIA AGUDELO |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Aseguradora:** | NUEVA EPS | **Regimen:** | Subsidiado |  |  |

Datos de las Referencias

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fecha Ingreso** | **Fecha Egreso** | **Servicio que Remite** | **Especialidad** |
|  |  |  |  |
| 06/12/2018 | 07/12/2018 | INTERNAC. | MEDICINA GENERAL |
|  | |  |  |
| **Modalidad de Solicitud** | | **Servicio al que se remite** | **Especialidad** |
|  |  |  |  |
| Remision |  | PSIQUIATRI. | PSIQUIATRI. |

Remisión

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Motivo:** Nivel de competencia |  | **Medico que Remite:** LUISA DAHYANA MEDINA OSPINA | |
|  |  |  | |
| **Autorización:** XX |  |  | |
|  |  |  | |
| **Descripción** INGRESA CON LA MADRE QUIE NREFIERE CUADRO DE 2 HPORAS DE EVOLUICION CONSISTENTE EN DOLOR ABDOMINAL GENERALIZADO MODERADO TIPO COLICO,. CON NAUSEAS Y 5 EPISODIOS EMETICOS DE CONTENDIO ALIMENATRIO POSTERIOR A INGESTA DE MULTIPELS TABLETAS (16) REFERIDAS POR EL PACIENTE DE LAS CUALES DESCONOCE EL NOMBRE MOTIVADO POR SITUACION SENTIMENTAL CON SU PAREJA ACTUAL. REFIERE QUE LO HACE CON INTENCIONALIDAD SUICIDA. NIEGA OTROS LA MADRE REFIERE QUE ES UN MEDICAMENTO NATURISTA. EF: BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO. NORMOCEFALICO, CUELLO MOVIL SIN MASAS, TORAX NORMOEXPANSIBLE, SIN TIRAJES NI DISNEA, MV CONSERVADO SIN AGREGADOS, RSCS RITMICOS SIN SOPLOS. ABDOMEN: BLANDO, NO DOLOROSO, SIN IRRITACION PERITONEAL GENITOURINARIO: NO EXAMINADO. EXTREMIDADES: MOVILES, NO EDEMAS, PERFUSION DISTAL < 3 SEGUNDOS. NEUROLOGICO: ALERTA, ORIENTADA EN LAS 3 ESFERAS, PINRAL, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, REFLEJOS ++/++++, NO MENINGISMO. MENTAL: PORTE ADECUADO ACTITUD CON TENDENCIA MUTISMO SELECTIVO, MEMORIA SIN ALTERACIONES, EULALICO, EPROSEXICO, SIN ALTERACIOENS EN LA SENSOPERCEPCION, AFECTO DE FONDO TRISTE HIPOMODULADO, LLANTO LABIL, INTROSPECCION NULA, PROSPECCION INCIERTA. ANALISI: PACIENTE DE 14 AÑOS DE EDAD QUIEN PRESENTO CUADRO DE INTENCIONALIDAD SUICIDA MOTIVADO POR SITUACION SENTIMENTAL EN EL MOMENTO ESTABLE CON ADECTO HIPOMODULADO DE FONDO TRISTE LLANTO LABIL CON INTROSPECCION NULA, ES PRIMER EPISODIO, PACIENTE SIN ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD MENTAL, SE TOMAN PARACLINICOS EL DIA DE HOY CON CUADRO HEMATICO, PARCIAL DE ORINNA, FUNCION RENAL Y HEPATICA DENTRO DE LIMITES NORMALES, VDRL Y VIH NO REACTIVO. PACIENTE REQUIERE VALORACION Y MANEJO DEFINICITVO POR PSIQUIATRIA, SE INICIA REMISION |  | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma y Sello** | |
| **Cedula:** | 1110551556 |  |
| **Registro Prof**: | 1110551556 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DX Principal :** | EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO | **Código CIE:** | F329 |

Nivel de Competencia

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

Hora Solicitud

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Hora:** 11 | **Minutos:** 59 |  |  |
|  |  |  |  |

**Hora Confirmación**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Hora:** 11 | **Minutos:** 59 |  |  |
|  | |  |  |
| **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/b63e5245a401692d7f23f7fba3b7f27c.jpg |   FREDY ALVIS OSORIO  ADMINISTRATIVO |