



RESOLUCION 4331 ANEXO TECNICO No 9
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

**CONSECUITIVO: 43192****INFORMACIÓN DE PRESTADOR**

Servicio Remitente:	URGENCIAS - CONSULTAS	No Carpeta:	1073170485
Fecha de Remisión:	23/07/2018 06:51:58 p.m.	No de Remisión:	43192
Código de Habilitación:	252690004901	Nit:	899999151-3
Teléfono:	890 18 18	Dirección del prestador :	Cra 2 Nro 1 - 80
Departamento:	Cundinamarca	Municipio:	Facatativá

DATOS DEL PACIENTE

Nombre: JUAN ALEJANDRO MURCIA CUELLAR **Identificación :** 1073170485 **Sexo:** Masculino **Edad:** 23 Años \ 0 Meses \ 12 Días
Zona : Urbana **Dirección :** LOS MAZANOS **Municipio:** FACATATIVA
Regimen / EntidadResPago: NUEVA EPS S.A. (SUBSIDIADO) **Nivel Socioeconómico:** SUBS. NIVEL I
Evento:
Ingreso : 4562392 **Fecha de ingreso:** 23/07/2018 05:14:43 p.m. **Tipo de Población Especial:** Otros
CAMA : 128PS

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre del Acudiente: LILIAN CUELLAR **Documento del Acudiente:**
Dirección del acudiente: **Teléfono del acudiente:** 3118896944

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y EL SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre : OROZCO HERNANDEZ LIZETH KARINA **Teléfono Celular :** 3124323634
Telefono Fijo : 890 18 18 Ext. 178

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA**REFERENCIA No. 43192****MOTIVO DE CONSULTA:**

ESTA AGRESIVO

ENFERMEDAD ACTUAL :

PACIENTE MASCULINO DE 23 AÑOS DE EDAD QUIEN ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE QUIEN REFIERE AUTOAGRESION Y ADEMÁS REFIERE PELEAS INTRAFAMILIARES FUE INTERNADO EL DIA 7 DE JULIO EN LA CLINICA ENMANUEL POR IGUAL SINTOMATOLOGIA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE

ANTECEDENTES :

Fecha: 18/02/2018, Tipo: MédicosTRANSTORNO AFECTIVO BIPOLARDELIRIS DE PERSECUCION Fecha: 18/02/2018, Tipo: AlérgicosNIEGA

EXAMEN FÍSICO :

NORMOCÉFALO ESCLERAS ANICTERICAS, CON REFLEJOS CONSENSUAL FOTOMOTOR Y ACOMODACION CONSERVADOS CON OTOSCOPIA BILATERAL NORMAL CON RINOSCOPIA ANTERIOR NORMAL MUCOSA YUGAL HIDRATADA SIN EVIDENCIA DE LESIONES. MUCOSA FARINGEA NO CONGESTIVA. CUELLO SIN MASAS NI ADENOPATIAS CON FLEXOESTENSION CONSERVADAC/P: EXPANSION TORACICA SIMETRICA, SIN LESIONES EN PIEL RUIDOSCARDIACOSRITMICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES NORMOVENTILADOS CON MURMULO VESICULAR CONSERVADO, SIN SOBREAGREGADOS, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA ABDOMEN: NO DISTENDIDO, PERISTALTISMO +, BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION, NO SE IDENTIFICAN MASAS NI MEGALIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL. EXTREMIDADES SIN EDEMAS, LLENADO CAPILAR MENOR DE 2 SEG. PULSOS PERIFERICOS SIMETRICOS DE BUEN TONO ROT ++/++++ FM 5/NEUROLOGICO:CONCIENTE ALERTA, ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS, SIN DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, GLASGOW 15/15MENTAL: LENGUAJE COHERENTE INTROSPECCION POSITIVA AFECTO DEPRIMIDO.

SIGNOS VITALES: Tensión Arterial: 120/70 Frecuencia Cardiaca:79 Frecuencia Respiratoria: 16 GlasGow : 15 / 15 TC:0 Peso:0,00**RESULTADOS DE EXÁMENES DIAGNOSTICOS:****DIAGNÓSTICOS**

CÓDIGO	NOMBRE
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE
F200	ESQUIZOFRENIA PARANOIDE

Profesional: OROZCO HERNANDEZ LIZETH KARINA

Registro profesional: 1079931515

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA] NIT [899999151-3]

Usuario: REFERENCIA

RESOLUCION 4331 ANEXO TECNICO No 9
SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA SIS 412 A

SERVICIOS	
CÓDIGO	NOMBRE
39147	CONSULTA AMBULATORIA DE MEDICINA ESPECIALIZADA (PSIQUIATRIA)

DATOS DE LA REMISIÓN

MOTIVO DE LA REMISIÓN: Falta_Cama_IPS_Remite**DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO:****NOMBRE IPS :****MUNICIPIO:****SERVICIO QUE REMITE:** Urgencias**SERVICIO REMITIDO :** Urgencias**RESUMEN HISTORIA CLINICA :** PACIENTE CON CUADRO DE TRASTORNO AFECTIVO BIPO极 FASE DEPRESIVA MULTIPLES EXTRESORES EXTERNOS EN EL GRUPO FAMILIAR ADEMÁS EL DIA DE HOY CON AGRESIVIDAD COPOCO COLABORADOR CON EL INTERROGATORIO, AFECTO DEPRIMIDO ,IDEAS DE MINUSVALIA . SE INGRESA A OBSERVACION MANEJO PARA VALORACION POR PSICOLOGIA Y VALORACION POR PSIQUIATRIA SE LE EXPLICA A PACIENTE Y FAMILIAR CONDUCTA QUEIN DICENETNDER Y ACEPTAR**FECHA CONFIRMACIÓN :****FECHA SALIDA:**

Profesional: OROZCO HERNANDEZ LIZETH KARINA

Registro profesional: 1079931515

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Nombre reporte : HCRPHistoBase

LICENCIADO A: [E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA] NIT [899999151-3]

Usuario: REFERENCIA