



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

Hoja: 1/2

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



CONSECUITIVO: 44848

INFORMACIÓN DE PRESTADOR

Servicio Remitente:	URGENCIAS - OBSERVACION	No Carpeta:	1070970037
Fecha de Remisión:	14/09/2018 01:38:52 a.m.	No de Remisión:	44848
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: MARIA YANETH APONTE MORENO Identificación : 1070970037
 Sexo: Femenino Edad: 24 Años \ 5 Meses \ 28 Días
 Zona : Urbana Dirección : CARRERA 1 N 12 14
 Municipio: FACATATIVA
 Regimen / EntidadResPago: EPS FAMISANAR SAS
 Nivel Socioeconómico: CONTRIB. NIVEL I 2018
 Evento:
 Tipo de Población Especial: Otros
 Ingreso :4610403 Fecha de ingreso: 12/09/2018 09:11:39 p.m.
 CAMA : 103

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

Nombre del Acudiente: BLANCA LILIA MORENO Documento del Acudiente:
 Dirección del acudiente: CARRERA 1 N 12 14 Teléfono del acudiente: 3125260421

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

Nombre : CARREÑO GIRALDO MARIA PAULA Teléfono Celular : 3124323634
 Telefono Fijo : 890 18 18 Ext. 178

RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

REFERENCIA No. 44848

MOTIVO DE CONSULTA:

ESTOY DEPRIMIDA

ENFERMEDAD ACTUAL :

ME TOME MUCHAS PASTAS POR QE ESTOY DEPRIIDA NO SIENTO EL APOYO DE MI FAMILIA REFIERE QE TOMO MUCHOS MEDICAMNETOS YA VOMITO, AHORA TIEEN DOLOR EPIGASTRICO Y QUIEE SER VALORADA POR UN PSIQUIATRA

ANTECEDENTES :

Fecha: 13/04/2018, Tipo: AlérgicosNIEGA

EXAMEN FÍSICO :

MUCOSAS HUMEDAS ESCLERAS ANICTERICAS ORL: NORMAL CUELLO MOVIL NO MASAS . N INJURGITACION YUGULAR TORAX SIMETRICO RSCRS NO SOPLOS CAMPOS PULMONARES BIEN VENTILADOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO IRRTACION PERITONEAL , EXTREMIDADES SIN EDEMAS NEUROLOGICO SIN DEFICIT SENSTIVO NI MOTOR

SIGNOS VITALES: Tensión Arterial: Frecuencia Cardiaca:80 Frecuencia Respiratoria: 18 GlasGow : / TC:0 Peso:0,00

RESULTADOS DE EXÁMENES DIAGNOSTICOS:

DIAGNÓSTICOS

CÓDIGO	NOMBRE
F412	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION

SERVICIOS

CÓDIGO	NOMBRE
890284	CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA

DATOS DE LA REMISIÓN

Profesional: CARREÑO GIRALDO MARIA PAULA

Registro profesional: 1014246390

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Nombre reporte : HCRPHistoBase

Usuario: REFERENCIA

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



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL DE FACATATIVA

Hoja: 2/2

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



MOTIVO DE LA REMISIÓN: Falta_Cama_IPS_Remite

DESCRIPCIÓN DEL MOTIVO: PACIENTE EN PROCESO DE REMISION PARA VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA POR DX DE TRANSTORNO MIXTO Y DE ANSIEDAD, VALORADA POR PSICOLOGIA QUIENES REFIEREN IDEAS DE SUICIDIO Y DEPRESION RECURRENTE. SE SOLCIITARON PARALCÍNICOS HEMOGRAMA CON LEVE LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA, UROANALISIS NO SUGESTIVO DE INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS, PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA. SE RADICA TRAMITE DE REMISION PARA VALROACIÓN POR PSIQUIATRIA.

NOMBRE IPS :

MUNICIPIO:

SERVICIO QUE REMITE: Urgencias

SERVICIO REMITIDO : Urgencias

RESUMEN HISTORIA CLINICA : PACIENTE EN PROCESO DE REMISION PARA VALORACIÓN POR PSIQUIATRIA POR DX DE TRANSTORNO MIXTO Y DE ANSIEDAD, VALORADA POR PSICOLOGIA QUIENES REFIEREN IDEAS DE SUICIDIO Y DEPRESION RECURRENTE. SE SOLCIITARON PARALCÍNICOS HEMOGRAMA CON LEVE LEUCOCITOSIS, NEUTROFILIA, UROANALISIS NO SUGESTIVO DE INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS, PRUEBA DE EMBARAZO NEGATIVA. SE RADICA TRAMITE DE REMISION PARA VALROACIÓN POR PSIQUIATRIA.

FECHA CONFIRMACIÓN :

DEPARTAMENTO :

DESCRIPCIÓN:

DESCRIPCIÓN:

FECHA SALIDA:

MariáPaulaC.

Profesional: CARREÑO GIRALDO MARIA PAULA

Registro profesional: 1014246390

Especialidad: MEDICINA GENERAL

Nombre reporte : HCRPHistoBase

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

Usuario: REFERENCIA