

456119

ANEXO TECNICO N°9

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA NIT: 891800231
 CC DV

Código: 1500100387 Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA
 Teléfono: 8 7405030

Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001
------------	--------	---------------	--------	----	------------	-------	-----

DATOS DEL PACIENTE

SANDOVAL	RIVERA	CESAR	AUGUSTO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- | | | |
|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Registro Civil | <input type="checkbox"/> Pasaporte | 1002367570 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad | <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación | Número documento de Identificación |
| <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía | <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación | |
| <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería | | Fecha de Nacimiento: 2003-12-15 |

Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 16 A 4 60 APTO 401 BLOQUE 1 Teléfono: 3105867474
 Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C Código: EPS037

DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE

NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación		Número Documento Identificación	
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte		
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			

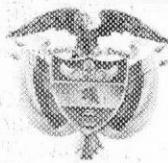
Dirección de la Residencia Habitual: Municipio: Teléfono:
 Departamento:

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE
 Nombre: ANDRADE SALCEDO MARIA ALEJANDR Teléfono:
 Indicativo: Número: Extensión:

Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA	Teléfono Celular
Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización C. REHABILITACION PSICOACTIV	

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

ANEXO TECNICO N°9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Fecha: 2018/08/24 Hora: 12:49

NIT 891800231
 CC

-0
DV

Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA		
Teléfono	8 7405030	Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA 001
Indicativo	Número	1er Apellido	RIVERA	CESAR	AUGUSTO

DATOS DEL PACIENTE

SANDOVAL

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

- Registro Civil
- Tarjeta de Identidad
- Cédula de Ciudadanía
- Cédula de Extranjería

- Pasaporte
- Adulto sin Identificación
- Menor sin Identificación

1002367570

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 2003-12-15

Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 16 A 4 60 APTO 401 BLOQUE 1			Teléfono:	3105867474
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C			Código:	EPS037

Anamnesis:

PACIENTE MASCULINO DE 14 AÑOS CONSULTA EN COMPALIA DE LA MADRE POR CUADRO DE CONSUMO Y ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, CADA 15 DIAS DE MARIHUANA E INICIALMENTE CONSUMO OCASIONAL DE BASUCO. HA RECIBIDO MANEJO EN CENTRO PSIQUIATRICO DE LA PAZ (BOGOTA) CON CESE DEL CONSUMO DURANTE UN MES, SIN EMABRGO CON RECAIDA, ACTUALMENTE UTILIZA DIARIAMENTE BASUCO.
 EL DIA DE AYER PRESENTA RIÑA CALLEJERA, POR LO QUE SE SINTIÓ EN PELIGRO DE MUERTE POR EL ENTORNO DE CONSUMO POR LO CUAL MANIFIESTA DESEO DE CESE DE CONSUMO Y CONSULTA EL DIA DE HOY.

ANTECEDENTES:

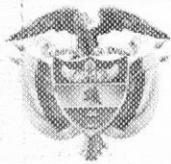
- PERINATALES: FRUTO DE LA TERCERA GESTACIÓN, EMBARAZO NORMAL, CPN COMPLETOS, TORCH NEGATIVO. PARTO POR VÍA VAGINAL A TERMINO, SIN COMPLICACIONES, PESO Y TALLA AL NACER NO RECUERDA ADAPTACIÓN ESPONTÁNEA, NO REQUIRIÓ MANIOBRAS DE REANIMACIÓN, EGRESO CONJUNTO.
- PATOLÓGICOS: ASMA DURANTE LA INFANCIA, EN EL MOMENTO RESUELTA SIN REQUERIMIENTO DE MANEJO, RINITIS ALÉRGICA
- HOSPITALARIOS: POR TRASTORNO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ENERO EN CENTRO PSIQUIATRICO DE LA PAZ (BOGOTA)
- FARMACOLÓGICOS: NO REFIERE
- TÓXICO-ALÉRGICOS: NO REFIERE, NO ALERGIAS CONOCIDAS HASTA EL MOMENTO.
- INMUNIZACIONES: CUMPLE EL PAI PARA LA EDAD
- TRAUMÁTICOS: NO REFIERE
- FAMILIARES: NO REFIERE

Examen Físico:

Neuroológico y Mental

Neuroológico y Mental: Anormal, ALERTA, COOPERADO A LA ENTREVISTA., ORIENTADO EN LAS 3 ESFERAS, LENGUAJE VERBAL, ESPONTANEO, COHERENTE, CONGRUENTE, PENSAMIENTO CURSO LINEAL, SIN ALTERACIONES EN EL CONTENIDO, AFECTO EUTIMICO DE FONDO ANSIOSO, JUICIO DEBIL DENTRO DEL MARCO DE REALIDAD, INTROSPECCION ADECUADA, PROSPECCION EN ELABORACION.

ANEXO TECNICO N°.9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/24 Hora: 12:49

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA			NIT	X 891800231	-0
CC				CC		DV

Código	1500100387	Dirección Prestador:	CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA			
--------	------------	----------------------	-------------------------------	--	--	--

Teléfono	8	7405030	Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	001
----------	---	---------	------------	--------	---------------	--------	----	------------	-------	-----

DATOS DEL PACIENTE

SANDOVAL	RIVERA	CESAR	AUGUSTO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1002367570
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		Fecha de Nacimiento: 2003-12-15

Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 16 A 4 60 APTO 401 BLOQUE 1			Teléfono:	3105867474
--------------------------------------	-----------------------------------	--	--	-----------	------------

Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001
---------------	--------	----	------------	-------	-------

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C	Código:	EPS037
-------------------------------	-------------	---------	--------

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 24/08/2018 07:53

Sujetivo, objetivo y análisis: PACEINTE NATURAL DE TUNJA

PROVENIENTE DE TUNJA

OCCUPACIÓN : NO ESTUDIA EN EL MOMENTO

ESCOLARIDAD 6TO DE BACHILLERATO

CONVIVE CON MAMA Y PADRASTRO CON ESTE ULTIMO RELACION DISTANTE

MC Y EA:

PACIENTE DE 14 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUIEN REQUIRIO HOSPITALIZACION POR 14 DIAS EN USM LA PAZ EN FEBRERO DEL PRESENTE AÑO, QUIEN EGRESO SIN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, REFIERE HISTORIA PERSONAL DE CONSUMO DESDE HACE 9 MESES, CONSISTENTE EN USO DE BASUCO, INHALANTES TIPO BOXER Y CONSUMO DE THC CADA 2 SEMANAS, POR LO CUAL FUE TRAIDO A ESTA INSTITUCION EN ENERO DEL PRESENTE AÑO, EN DONDE SE DA TRAMITE DE REMISION A UNIDAD ANTES DESCRITA. EN EL MOMENTO PACIENTE REFIERE CUADRO CLINICO DE 7 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN RECAIDA DE CONSUMO DE DERIVADOS DE LA COCAINA(BASUCO 5 GRAMOS AL DIA) ULTIMO CONSUMO HACE 2 DIAS, PACIENTE REFIERE CUADRO DE CAMBIO DE COMPORTAMIENTO ASOCIADO, CON HETEROAGRESION, IRRITABILIDAD TENDENCIA A LA DROMOMANIA Y CAMBIO EN EL JUICIO "ME PUSE AGRESIVO , ME DAN GANAS DE ROBAR , DE PEDIR COSAS", MANTENIENDOSE DESESCOLARIZADO, LO CUAL LO HA LLEVADO A INCLUIRSE EN SITUACIONES DE RIESGO, POR LO CUAL PACIETNE ACUDE EL DIA DE AYER, SOLICITANDO SE INICIE TRAMITE PARA INCLUIRSE EN PROGRAMA DE REHABILITACION DE CONSUMO, "CASI ME MANTAN POR UNA BICHA, DESPUES DE ESO SUPE QUE DEBIA CAMBIAR, QUE LAS AMISTADES QUE TENGO NO ME AYUDAN". NO SE DETECTAN SINTOMAS PSICOTICOS, SIN IDEAS DE MUERTE ACTIVAS.

*****ANTECEDENTES**

PERSONALES TX DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

PATOLOGICOS ASMA Y RINITIS QUE REMITIO HACE 2 AÑOS , NEUMONIA EN LA NIÑEZ (AÑO Y MEDIO)

QUIRURGICOS: AMIGDALECTOMIA A LOS 5 AÑOS

TOXICOS ; CONSUMO DE DERIVADOS DE LA COCAINA, CONSUMO DE CHAMBER EN 1 OPORTUNIDAD , CONSUMO DE THC 2 VECES POR SEMANA DESDE LOS 10 AÑOS

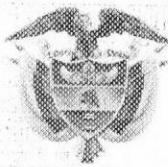
ALERGICOS NIEGA

NIEGA ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL

FARMACOLOGICOS ACTUAL NIEGA

Plan de manejo: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUIEN REQUIRIO HOSPITALIZACION EN USM HACE 6 MESES Y DURANTE HOSPITALIZACION EN NUESTRA INSTITUCION RECIBIO MANEJO CON PSICOFARMACOS Y TRASLADO A CAD, DICHO TRATAMIENTO NO SE CONTINUO POSTERIOR A EGRESO DE USM LA PAZ. ACTUALMENTE PACIENTE CON RECAIDA EN CONSUMO DE 7 MESES DE EVOLUCION, CON SUSTANCIAS DE IMPACTO "BASUCO", QUIEN ACTUALMENTE REFIERE DSEOS DE REHABILITACION. SE INICIA TRAMITE DE REMISION Y SE REALIZAN PARACLINICOS DE CONTROL PARA DESCARTAR COMORBILIDAD ORGANICA QUE COMPLIQUE SU ESTADO ACTUAL.

ANEXO TECNICO N°9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL
 FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/08/24 Hora: 12:49

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231 -0
Código:	1500100387	CC <input type="checkbox"/> DV <input type="checkbox"/>
Teléfono:	8 7405030	
Indicativo	Número	Departamento: BOYACA 15 Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

SANDOVAL	RIVERA	CESAR	AUGUSTO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1002367570	
<input checked="" type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 2003-12-15	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			

Búsqueda de la Residencia Habitual:	CALLE 16 A 4 60 APTO 401 BLOQUE 1			Teléfono:	3105867474
Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C			Código:	EPS037

Diagnóstico:

F199 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. TRASTORNO MENTAL Y DEL COMPORTAMIENTO - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Descartado
 Z598 OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y LAS CIRCUNSTANCIAS ECONOMICAS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
 F122 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE CANNABINOIDES: SINDROME DE DEPENDENCIA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 F929 TRASTORNO MIXTO DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES - NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
 F143 TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE COCAINA: ESTADO DE ABSTINENCIA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal

Tratamientos Aplicados:

Medicamentos administrados: CLONAZepam 0.5 MG TABLETA

Motivos de remisión:

REFERENCIA
 PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO DEBIDO A CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS QUIEN REQUIRIO HOSPITALIZACION EN USM HACE 6 MESES Y DURANTE HOSPITALIZACION EN NUESTRA INSTITUCION RECIBIO MANEJO CON PSICOFARMACOS Y TRASLADO A CAD, DICHO TRATAMIENTO NO SE CONTINUO POSTERIOR A EGRESO DE USM LA PAZ. ACTUALMENTE PACIENTE CON RECAIDA EN CONSUMO DE 7 MESES DE EVOLUCION, CON SUSTANCIAS DE IMPACTO "BASUCO", QUIEN ACTUALMENTE REFIERE DESEOS DE REHABILITACION. SE INICIA TRAMITE DE REM

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Maria Alejandra Arredondo S.

Firma:

Registro: 151735