

684482

ANEXO TECNICO N°9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2019/02/13 Hora: 14:49

-0

DV

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	CC <input type="checkbox"/>
Código	1500100387	Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA	
Teléfono	8 7405030	Indicativo	Número
		Departamento:	BOYACA
		15	Municipio: TUNJA 001

DATOS DEL PACIENTE

GONZALEZ	MANRIQUE	HEYDI	LILIANA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1032503898	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1999-04-01	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual: CALLE 39 N 90 A 13		Teléfono:	3208466374
Departamento:	CUNDINAMARCA	25	Municipio: BOGOTA D.C. 11001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: FAMISANAR SAS EPS-S		Código:	EPSS17

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			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	Número Documento Identificación	
<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:		Teléfono:	
Departamento:		Municipio:	

PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE

Nombre MUÑOZ MENDOZA OMAR HUMBERTO	Teléfono: 98	7405030	
	Indicativo	Número	Extensión
Servicio que solicita la referencia Hospitalización PSIQUIATRIA	Teléfono Celular		
Servicio para el cual se solicita la referencia Hospitalización PSIQUIATRIA			

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:	PIE DE 19 AÑOS CON CUADRO DE INSOMNIO, LLANTO FACIL, IDEAS ESTRUCTURADAS DE MUERTE E INTENTOS SUICIDAS PREVIOS, ADEMÁS DE ALUCINACIONES AUDITIVAS CONSTANTES.		
Examen Físico:	Neuroológico y Mental Neuroológico y Mental: Anormal, ALERTA, ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, COLABORADORA, ESTABLECE CONTACTO VISUAL Y VERBAL CON EL ENTREVISTADOR, MEMORIA CONSERVADA, EUPROSEXICA, EULALICA, AFECTO TRISTE RESONANTE,LLANTO FACIL, PENSAMIENTO LÓGICO COHERENTE, IDEAS DE MINUSVALÍA, DESPERANZA,AUTOLISIS ACTIVAS, IDEAS DE REFERENCIALIDAD CON LA FAMILIA, Y CON ENTORNO UNIVERSITARIO. REFIERE PRESENTAR ALUCINACIONES AUDITIVAS COMPLEJAS,NO ACTIVAS EN EL MOMENTO CONDUCTA MOTORA NO ALTERADA, INTROSPECCIÓN DÉBIL, JUICIO DE LA REALIDAD DEBILITADO, NO REALIZA AUTOCRÍTICA ,PROSPECCIÓN INCERTA		

ANEXO TECNICO N.º9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2019/02/13 Hora: 14:49

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231 -0	CC <input type="checkbox"/>	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

GONZALEZ	MANRIQUE	HEYDI	LILIANA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1032503898	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación	
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	Fecha de Nacimiento: 1999-04-01	
Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 39 N 90 A 13	Teléfono:	3208466374
Departamento:	CUNDINAMARCA	25	Municipio: BOGOTA D.C.
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	FAMISANAR SAS EPS-S	Código:	EPSS17

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 13/02/2019 11:08

Subjetivo, objetivo y análisis: VALORACIÓN POR PSIQUETRÍA-NGTA RETROSPECTIVA

NATURAL: BOGOTÁ

RESIDENTE: TUNJA, BARRIO EL RODEO DESDE HACE 2 AÑOS

ESCOLARIDAD: ESTUDIANTE UNIVERSITARIA, MEDICINA 5 SEMESTRE.

VIVE: SOLA

MALA RELACIÓN CON LA FAMILIA, NÚCLEO FAMILIAR CONFORMADO POR MAMÁ (DESEMPLEADA) PAPÁ AUSENTE DESDE LOS 24 AÑOS,

HERMANA (23 AÑOS), PACIENTE PERTENECIENTE AL PROGRAMA, "SER PILO PAGA"

SIN ACOMPAÑANTE, NI RED DE APOYO EN LA CIUDAD

MC: "ME QUIERO SUICIDAR"

EA: PACIENTE CON CUADRO CLÍNICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ALTERACIÓN EN EL PATRÓN DEL SUEÑO, SIENDO NO SUPERIOR A 2 HORAS POR NOCHE, LLANTO FÁCIL, AFECTO TRISTE, IDEAS DE MINUSVALÍA, DESPERANZA, MUERTE ESTRUCTURADAS, HIPOREXIA, CLINOFILEIA, CON RELAJACION DE ESFINTERES INVOLUNTARIA EN UNA OCASIÓN. PACIENTE REFIERE QUE EL CUADRO SE ENCUENTRA RELACIONADO CON RUPTURA CON PAREJA DESDE HACE 2 SEMANAS, CON QUIEN LLEVABA 1 AÑO Y 2 MESES, ERA SU UNICA RED DE APOYO. RELATA " QUE EN DISCUSIONES QUE TUVO CON SU PAREJA HA QUERIDO APUÑALARSE , HA PRESENTADO LESIONES AUTOINFLIGIDAS, DADAS POR CORTES EN PIERNAS , PUÑOS, CACHETADAS, RELATA CONDUCTAS DE CUTTING EN UNA OCASIÓN EN LA ADOLESCENCIA. NO HA PRESENTADO INTENTOS DE SUICIDIO DE MAYOR GRADO DE LETALIDAD AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MANIFIESTA IDEAS DE AUTOLISIS ACTIVAS Y ESTRUCTURADAS "ME QUIERO CORTAR LA YUGULAR" AFECTO DE FONDO TRISTE, IDEAS DE MINUSVALÍA, DESPERANZA, IDEAS REFERENCIADAS CON RESPECTO A SU PAREJA, IDEAS DE REFERENCIALIDAD CON SU FAMILIA Y ENTORNO UNIVERSITARIO "ME DISCRIMINAN POR MI CONDICIÓN SEXUAL". REFIERE ALUCINACIONES AUDITIVAS QUE NO DISCRIMINA COMO PROPIAS O AJENAS , DONDE LA INSULTAN . SU FAMILIA DESCONOCE Y NO ACEPTARÍA SU CONDICIÓN SEXUAL.

MANIFIESTA SX AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVO DESDE HACE 2 AÑOS , EPISODIOS QUE SE PRESENTAN VARIAS VECES AL MES , DURAN 1 SEMANA , SIN FACTOR DESENCADEANTE , DONDE SU UNICA RED DE APOYO ERA SU PAREJA , PARA AFRONTARLOS Y SUPERARLOS

ANTECEDENTES:

PATOLOGICOS: GASTRITIS CRONICA, COLELITIASIS

FARMACOLOGICOS: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

TÓXICOS: CERVEZA 4 BOTELLAS Y AGUARDIENTE (APROXIMADAMENTE TRES VECES POR SEMANA DESDE LOS 14 AÑOS) ÚLTIMA INGESTA HASTA LA EMBRIAGUEZ HACE 5 DÍAS, DE 4 A 20 CIGARRILLOS DIARIOS, THC 2 VECES POR SEMANA DE 10 PLONES POR OCASIÓN. NO USO DE

OTRAS SPA

FAMILIAR: VARICE, ENF PSIQUETRICA NIEGA.

RLN DISTANTE CON SU FAMILIA, POBRE COMUNICACION , PADRE AUSENTE.

Plan de manejo: PACIENTE DE 19 AÑOS DE EDAD , CON CUADRO CLÍNICO DE 2 SEMANAS DE EVOLUCIÓN CONSISTENTE EN ALTERACIÓN EN EL PATRÓN DEL SUEÑO, APETITO, SX AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVO, IDEAS Y GESTOS DE AUTOAGRESIÓN, CUADRO REACTIVO A RUPTURA CON PAREJA, CON QUIEN MANTENIA UNA RLN DESDE HACE 1 AÑO Y 2 MESES, UNICA RED DE APOYO EN LA CIUDAD , AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN MANIFIESTA ALTO GRADO DE DESPERANZA, INESTABILIDAD AFECTIVA Y EMOCIONAL , IDEAS DE AUTOLISIS ACTIVAS Y ESTRUCTURADAS , HA PRESENTADO ALUCINACIONES AUDITIVAS

Historia de sx: AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVO DESDE HACE 2 AÑOS , EPISODIOS QUE SE PRESENTAN VARIAS VECES AL MES , DURAN 1 SEMANA , SIN FACTOR DESENCADEANTE , DONDE SU UNICA RED DE APOYO ERA SU PAREJA , PARA AFRONTARLOS Y SUPERARLOS

ANEXO TECNICO N°9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2019/02/13 Hora: 14:49

-0

DV

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT <input checked="" type="checkbox"/> 891800231	-0
		CC <input type="checkbox"/>	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

GONZALEZ	MANRIQUE	HEYDI	LILIANA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1032503898
<input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número documento de Identificación
<input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía	<input type="checkbox"/> Menor sin Identificación	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		Fecha de Nacimiento: 1999-04-01

Dirección de la Residencia Habitual:	CALLE 39 N 90 A 13			Teléfono:	3208466374
--------------------------------------	--------------------	--	--	-----------	------------

Departamento:	CUNDINAMARCA	25	Municipio:	BOGOTA D.C.	11001
---------------	--------------	----	------------	-------------	-------

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	FAMISANAR SAS EPS-S	Código:	EPSS17
-------------------------------	---------------------	---------	--------

HISTORIA DE SX APECTIVOS DE TIPO DEPRESIVO DESDE HACE 2 ANOS , EPISODIOS QUE SE PRESENTAN VARIAS VECES AL MES , DURAN 1 SEMANA, SIN FACTOR DESENCADEANTE.

ANTECEDENTES DE CONDUCTAS DE CUTTING EN LA ADOLESCENCIA EN UNA OCASION , HISTORIA DE CONSUMO DE SPA , DONDE SE EVIDENCIAN CONDUCTAS DE ABUSO DE ALCOHOL , USO OCASIONAL DE CIGARRILLO , THC . NO CUENTA CON RED DE APOYO EN LA CIUDAD , MANTIENE RLN DISTANTE CON GRUPO FAMILIAR SE COMENTA A PTE NECESIDAD DE MANEJO HX POR PSIQUIATRIA, INICIO DE MANEJOS PSICOFARMACOLOGICOS , SS PARAACLINICOS PARA DESCARTAR SUSTRATO ORGANICO

Escala HAMILTON D Total: + 27 Evaluación cuantitativa de la gravedad de los síntomas Depresión muy severa

Escala de DESESPERANZA DE BECK Total: 18 -Grado de desesperanza alto

Escala SAD PERSONS Total: + 9 Indicadores de riesgo de suicidio Precisa ingreso

IDX

EPISODIO DEPRESIVO MAYOR GRAVE CON SX DE PSICOSIS -DUELO COMPLICADO

HISTORIA PERSONAL DE LESIONES AUTOINFLINGIDAS -ALTO RIESGO DE AUTOAGRESION

HISTORIA PERSONAL DE CONSUMO DE SPA

RASGOS DEPENDIENTES DE PERSONALIDAD

ESTRESORES DE PAREJA (TERMINACION DE RELACION) - FAMILIARES

POBRE RED DE APOYO

Diagnóstico:

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Z532 PACIENTE FUGADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

F320 EPISODIO DEPRESIVO LEVE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

K808 OTRAS COLELITIASIS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

F323 EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal

F432 TRASTORNOS DE ADAPTACION Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Z630 PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Z915 HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Z864 HISTORIA PERSONAL DE ABUSO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Z731 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA ACENTUACION DE RASGOS DE LA PERSONALIDAD Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:

REFERENCIA

REMISION A USM PSIQUIATRIA PRIORITARIA

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03

CÓDIGO: RX-F-05	E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA LECTURA IMÁGENES DIAGNÓSTICAS		
VERSIÓN: 00			
FECHA ORDEN	: 13-feb-19 12:24	CÓDIGO	: AGFA000000278662
NOMBRES, APELLIDOS	: GONZALEZ MANRIQUE, HEYDI LILIANA	No. INGRESO	:
EDAD	: 19 a	FECHA-HORA LECTURA	: 13-feb-19 14:26
FECHA Y HORA TOMA	: 13-feb-19 13:13	SERVICIO	: PISO1 - URG GENERAL
ENTIDAD	: FAMISANAR EPS		
DOCUMENTO	: CC1032503698		
SOLICITANTE DR.	:		
DATOS CLÍNICOS	:		

TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE CRANEO SIMPLE

Detalles del procedimiento

Con TC multicorte de 16 canales se realizaron cortes axiales helicoidales desde la base del cráneo hasta el vértez.

Estudio con limitaciones por artefacto de endurecimiento del haz propio de la técnica.

Resultados

Fosa posterior sin patología aparente.

Cavidades del III y IV ventrículo en la línea media sin efecto de masa sobre estas estructuras.

Sistema ventricular lateral simétrico en la línea media sin efecto de masa sobre estas estructuras.

Surcos corticales y espacios subaracnoides de amplitud acorde al tamaño del sistema ventricular.

Satisfactoria diferenciación entre sustancia gris y sustancia blanca.

A nivel del parénquima cerebral y cerebeloso no se evidencian áreas hipo ni hiperdensas sugestivas de proceso de tipo inflamatorio, isquémico, hemorrágico o neoplásico.

Las regiones paraselares, retro-oculares y ángulos ponto-cerebelosos lucen libres de patología.

Cañificación fisiológica de plexos coroideos y de la glándula pineal.

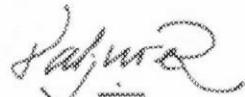
A nivel de ventana ósea no se aprecian trazos de fractura de suficiente tamaño para ser observados con el grosor de los cortes.

Los tejidos blandos evaluados se aprecian de comportamiento normal.

Conclusión

TOMOGRAFIA DE CRÁNEO SIMPLE DENTRO DE LIMITES NORMALES.

Firmado por.



DR ALJURE REALES. VICENTE DE JESUS

Médico Radiólogo

C.C. : 73.268.396

13-feb-19 14:26