

623496

ANEXO TECNICO N°9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/09/18 Hora: 16:19

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT: <input checked="" type="checkbox"/> 891800231 -0 <input type="checkbox"/> CC DV
Código: 1500100387	Dirección Prestador: CRA 11 27 - 27 TUNJA - BOYACA	
Teléfono: 8 7405030	Indicativo: 15	Número: 001
Departamento: BOYACA	Municipio: TUNJA	001

DATOS DEL PACIENTE

BOHORQUEZ	FARFAN	ANY	SAMANTA
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación:			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1010040908	
<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: 2000-09-04	
Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual: TUNJA CENTRO		Teléfono: 3144902492	
Departamento: BOYACA	15	Municipio: TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S		Código: EPSS37	

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: 001 Número: 001 Extensión: 001
Servicio que solicita la referencia: Urgencias PSIQUIATRIA	Teléfono Celular:
Servicio para el cual se solicita la referencia: Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL	

INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

Anamnesis:			
EDAD 18 AÑOS			
NATURAL Y PROCEDENTE TUNJA			
OCUPACIÓN: ESTUDIANTE			
MC: TENGÓ DOLOR DE ESTOMAGO			
EA: PACIENTE DE 18 AÑOS G1P0 CON EMBARAZO TEMPRANO, CONFIRMADO CON PRUEBA CASERA, CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE 2 DIAS DE EVOLUCION APROXIMADAMENTE DADO POR DOLOR ABDOMINAL TIPO PUNZADA DE MODERADA INTENSIDAD EN REGIÓN PELVICA E HIPOGASTRIO, ASOCIADO A NAUSEAS SIN EMESIS Y PICOS FEBRILES CUANTIFICADOS HASTA 39°C, REFIERE SINTOMAS IRRITATIVOS URINARIOS DADOS POR DISURIA, TENESMO VESICAL Y DIURESIS FETIDA.			

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



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

Fecha: 2018/09/18 Hora: 16:19

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

Primer Apellido: BOHORQUEZ	Segundo Apellido: FARFAN	Primer Nombre: ANY	Segundo Nombre: SAMANTA
2er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación		
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	1010040908
<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: 2000-09-04
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de la Residencia Habitual: TUNJA CENTRO	Teléfono: 3144902492	
Departamento: BOYACA	15 Municipio: TUNJA	15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-S	Código: EPSS37
---	----------------

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN
 Fecha: 18/09/2018 16:11
 Subjetivo, objetivo y análisis: SE ABRE FOLIO PARA FORMULACIÓN

Diagnóstico:
 R103 DOLOR LOCALIZADO EN OTRAS PARTES INFERIORES DEL ABDOMEN Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal
 Z349 SUPERVISION DE EMBARAZO NORMAL NO ESPECIFICADO Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:
 REFERENCIA
 REMISION A USM

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03



**E.S.E. HOSPITAL
SAN RAFAEL TUNJA**

Fecha Ingreso: 2018-09-18 10:29



Página 1 De 3



BOHOBUEZ FARBEAN ANY SAMANTA

Historia: 1010040908
Edad: 18 Años
Direccion:

Genero: Femenino
Telefono:

 201809180166

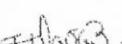
Medico: MIGUEL ANGEL MONTANEZ

Servicio: GINECOLOGIA

Pagador: NUEVA EPS

Tipo de Muestra: VENOSA

Gama: GO

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
QUIMICA			
PROTEINA C REACTIVA ULTRASENSIBLE (ALTA PRECISION)	0.08	mg/dl	0 - 0.6
Técnica: INMUNOTURBIDIMETRIA			
 Nombre: MARTA BEATRIZ RODRIGUEZ M R.P. 0322 Bacteriologa			
Validado : 18/09/2018 11:37:35			
HEMATOLOGIA			
CUADRO HEMATICO			
RECUENTO DE BLANCOS	9.29	X10 ³ /uL	4.5 - 13
NEUTROFILOS	71.7	%	*
LINFOCITOS	21.5	%	*
MONOCITOS	6.0	%	3 - 8
EOSINOFILOS	0.2	%	
BASOFILOS	0.3	%	
NEUTROFILOS #	6.65	10 ³ /uL	
LINFOCITOS #	2.00	10 ³ /uL	
MONOCITOS #	0.56	10 ³ /uL	
EOSINOFILOS #	0.02	X10 ³ /uL	
BASOFILOS #	0.03	X10 ³ /uL	
DIFERENCIAL MANUAL	NI	%	
RECUENTO DE G. ROJOS	5.03	10 ⁶ x mm ³	4.5 - 5.1
HEMOGLOBINA	15.3	g/dl	*
HEMATOCRITO	43.9	%	36 - 47
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	87.3	fL	78 - 96
HB CORPUSCULAR MEDIA	30.4	pg	25 - 35
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	34.9	g/dl	31 - 37
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R.-CV	13.2	%	*
ANCHO DISTRIBUCION GL.ROJOS - SD	42.5		35 - 55
RECUENTO DE PLAQUETAS	265	10 ³ /uL	150 - 450
PDW	NI	fL	
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.1	fL	
OBSERVACIONES	NI		
GRANULOCITOS INMADUROS#	0.03	10 ³ /uL	
GRANULOCITOS INMADUROS	0.3	%	0 - 0.4
ERITROBLASTOS#	0.00	10 ³ /uL	
ERITROBLASTOS	0.0	%	0 - 0
 BANCO DE BLODOS Y PLASMA BANCO DE LEYENDAS BANCO DE CULTIVOS			
Validado : 18/09/2018 10:55:21			
HORMONAS E INFECCIOSAS			
GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA	<0.100	mUI/mL	

BEST DIRECTOR ALEXANDER CRABBE

Validado : 18/09/2018 10:55:21

HORMONAS E INFECCIOSAS

GONADOTROPINA CORIONICA SUBUNIDAD BETA

<0.100

mgU/ml

Fecha Ingreso: 2018-09-18 10:29



201809180166

BOHORQUEZ FARFAN ANY SAMANTA

Historia: 1010040908 Genero: Femenino
Edad: 18 Años Telefono:
Direccion:

Medico: MIGUEL ANGEL MONTANEZ
Servicio: GINECOLOGIA Cama: 60
Pagador: NUEVA EPS
Tipo de Muestra: VENOSA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
--------	-----------	----------	-----------------------

HORMONAS E INFECCIOSAS

Negativo	: 0 - 5	mUI/ml
3 semana	: 5.8 - 71.2	mUI/ml
4 semana	: 9.5 - 750	mUI/ml
5 semana	: 217 - 7138	mUI/ml
6 semana	: 158 - 31795	mUI/ml
7 semana	: 3697 - 163563	mUI/ml
8 semana	: 32065 - 149571	mUI/ml
9 semana	: 63803 - 151410	mUI/ml
10 semana	: 46509 - 186977	mUI/ml
12 semana	: 27832 - 210612	mUI/ml
14*semana	: 13950 - 62530	mUI/ml
15*semana	: 12039 - 70971	mUI/ml
16*semana	: 9040 - 56451	mUI/ml
17*semana	: 8175 - 55868	mUI/ml
18*semana	: 8099 - 58176	mUI/ml

Técnica:ELECTROQUIMIOLUMINISCENCIA

ceiba3
Nombre: MARIA BEATRIZ RODRIGUEZ M. Validado : 18/09/2018 11:37:35
R.P. 0322
Bacteriología

UROANALISIS

PARCIAL DE ORINA

COLOR	amari.
ASPECTO	TURBIO
DENSIDAD	1.015
pH	5.00
NITRITOS	neg
LEUCOCITOS EN ORINA	neg
PROTEINAS EN ORINA	neg
GLUCOSA EN ORINA	norm
CUERPOS CETONICOS	neg
UROBILINOGENO EN ORINA PARCIAL	norm
BILIRRUBINAS EN ORINAS	neg
SANGRE EN ORINA	neg
SEDIMENTO URINARIO	
LEUCOCITOS :	2-4 XC
BACTERIAS:	+
MOCO :	++
CELULAS BAJAS:	6-8 XC

Arbin Ruiz
Nombre: LIBIA INES RUIZ RODRIGUEZ Validado : 18/09/2018 11:41:26
R.P. 326
Bacteriología

MICROBIOLOGIA

COLORACION DE GRAM

MUESTRA: ORINA SIN CENTRIFUGAR
REACCION LEUCOCITARIA: NO SE OBSERVA
OTROS PARAMETROS NO SE OBSERVAN GERMENES



E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Fecha Ingreso: 2018-09-18 10:29

Página 3 De 3



BOHORQUEZ FARFAN ANY SAMANTA

Historia: 1010040908 Genero: Femenino
Edad: 18 Años Telefono:
Direccion:



201809180166

Medico: MIGUEL ANGEL MONTANEZ
Servicio: GINECOLOGIA Cama: GO
Pagador: NUEVA EPS
Tipo de Muestra: VENOSA

Libia Inés
Nombre: LIBIA INES RUIZ RODRIGUEZ Validado : 18/09/2018 12:08:48
R.P. 326
Bacteriologa