

ANEXO TECNICO N°9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/09/24 Hora: 12:46

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	Municipio:	TUNJA	00
------------	--------	---------------	--------	------------	-------	----

DATOS DEL PACIENTE

VARGAS	PIERNAGORDA	OMAR	ORLANDO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	7180118
<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: 1981-05-04

Dirección de la Residencia Habitual:	MANZANA D CASA 108	Teléfono:	3227808939
--------------------------------------	--------------------	-----------	------------

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

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	FAMISANAR SAS EPS-C	Código:	EPS017
-------------------------------	---------------------	---------	--------

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	
<input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad	<input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación	Número Documento 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	
--------	-----------------------------	-----------	----	---------	--

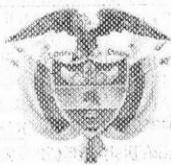
		Indicativo	Número	Extensión
--	--	------------	--------	-----------

Servicio que solicita la referencia	Urgencias PSIQUIATRIA	Teléfono Celular	
-------------------------------------	-----------------------	------------------	--

Servicio para el cual se solicita la referencia	Hospitalización UNIDAD SALUD MENTAL	
---	-------------------------------------	--

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

Fecha: 2018/09/24 Hora: 12:46

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

VARGAS	PIERNAGORDA	OMAR	ORLANDO
--------	-------------	------	---------

1er Apellido

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

7180118

Número documento de Identificación

Fecha de Nacimiento: 1981-05-04

Dirección de la Residencia Habitual:	MANZANA D CASA 108	Teléfono:	3227808939
--------------------------------------	--------------------	-----------	------------

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

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	FAMISANAR SAS EPS-C	Código:	EPS017
-------------------------------	---------------------	---------	--------

Anamnesis:

PACINTE CON CATECEDIENETS DE ALTERACION DEL COMPORTAMIENTO , QUIEN CURSA DESDE HACE 6 HORAS CON NUEVOS EPISODIOS DE AGITACION NERVIOSISMO, Y SALE DE LA CASA SIBN LOGARR COMPORTARSE DE MANERA ADECUADA. ANTE EL CUADRO ES TRAIDO POR PERSONAL DE FAMILIAR PARA QUE SEA REVALORADO LPOR ESPECIALISTA , NIEGA ALGUN TIPO DE TTO.

AL EXAMEN FISICO PRESENTA

BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL, HIDRATADO, ALERTA, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, C/C CONJUNTIVAS NORMOCROMICAS, MUCOSA ORAL HUMEDA, CUELLO NO INGURGITACION YUGULAR, C/P RUIDOS CARDIACOS RITMICOS SIN SOPLOS, MURMULLO VESICULAR SIN AGREGADOS, NO TIRAJES.

ABDOMEN RSIS NORMALES,BLANCO DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA, NO MASAS, NO VISCIEROMEGLIAS, NO SIGNOS DE IRRITACION PERITONEAL,

EXTREMIDADES NO EDEMAS,

NEUROLOGICO, NO DEFICIT MOTOR NI SENSITIVO, PINRAL, NO HAY DESVIACION DE LA COMISURA LABIAL, FUERZA MUSCULAR 5/5

EXTREMIDADES, LENGUAJE CLARO Y COHERENTE, NO SIGNOS DE FOCALIZACION NEUROLOGICA, GLASGOW 15/15

Examen Físico:

Neurológico y Mental

Neuroológico y Mental: Anormal, EM: PACIENTE EN MINIMOS EN COMPAÑIA DE HERMANA, ATIENDE AL LLAMADO. ALERTA ORIENTADO EN PERSONA Y ESPACIO. ACTITUD COLABORADORA . TENDENCIA A LA EXLATACION LENGUAJE TAQUILALICO, VERBORREICO. AFECTO: "MEJOR CON MAS ANIMO" SIN EMBARGO INEXPRESIVO, PLANO. PENSAMIENTO: DESORGANIZADO, DISGRESADO, TAQUIPSIQUICO , MUY CIRCUNSTANCIAL, MUY IRRITABLE Y SOEZ CUANDO HERMANA INTERVENE Y COMENTA SITUACION CLINICA ACTUAL, REFERENCIALIDAD, IDEAS DELIRANTES DE CONTENISO MAGICO , MISTICO, ALUCINACIONES "SI, TENEMOS UN AMIGO QUE SE LLAMA RICARDO Y CON EL HABLAMOS ASI DE COMO ESTA EL TRABAJO, SE LLEVÓ MI ROPA, EL TELEVISOR, PORQUE NOSOTROS VIVIMOS DONDE DOÑA ALICIA, Y DOÑA ALICIA ES LA MAMÁ DE MILTON LA VIRGEN DE GUADALUPE ME HABLA, BAILA CONMIGO ,ME DICE QUE HACER , MEMORIA AFECTADA. INTELIGENCIA DEBAJO PROMEDIO. INTROSPECION NULA. JUICIO NULO. PROSPECCION INCERTA. MAL PATRON DEL SUEÑO. BUEN PATRON ALIMENTARIO.

ANEXO TECNICO N°9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/09/24 Hora: 12:46

-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			
VARGAS	PIERNAGORDA	OMAR	ORLANDO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	7180118	
<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: 1981-05-04	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		MANZANA D CASA 108	
Departamento:	BOYACA	15	Municipio: TUNJA
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	FAMISANAR SAS EPS-C	Código:	EPS017

Resumen de la Evolución:

EVOLUCIÓN

Fecha: 24/09/2018 08:17

Subjetivo, objetivo y análisis: PSIQUETRIA VALORACION

NATURAL Y PROCEDENTE TUJA

ESTUDIOS: BACHILLERATO

OCCUPACIONAL: ACTUALMENTE DESEMPLEADO, DESPACHABA BUSETAS HACE 11/2 MES.

VIVE CON MAMÁ Y DOS HERMANOS. (SIN EMBARGO PACIENTE INSISTE EN VIVIR CON ESPOSA, 3 HIJOS (5,12,1 AÑOS). HIJOS BAJO CUSTODIO DE ABUELA PATerna. MADRE NO RESPONDE.

FUNCIONAL: IAVD HASTA HACE 45 DIAS

ACOMPAÑANTE: JAZMIN VARGAS(HERMANA)

MC Y EA

PACIENTE ASISTE EN COMPAÑIA DE HERMANA (JAZMINA VARGAS) PACIENTE QUIEN YA HABIA ESTADO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS Y VISTO POR PSIQUETRIA EL 11/09/2018 ASISTIÓ POR SINTOMAS DE ANSIEDAD DADOS INQUIETUD PSICOMOTORA, GANAS DE HUIDA, DESORIENTACION EN ESPACIO, INTRANQUILIDAD, IRRITABILIDAD, MAL PATRON DEL SUEÑO Y CONDUCTAS DESORGANIZADAS (REFIERE TIENDE Y DESTIENDE LA CAMA Y VUELVE A TENDERLA, DESORGANIZA ROPA Y VUELVE A ORGANIZARLA). IDEAS DE CONTAMINACION "VE TODO SUCIO, HACE MUCHO ASEO..", HABLA SOLO , SU PENSAMIENTO ES DESORGANIZADO , ALUCINA, ES MUY REFERENCIAL , IDEAS DE CONTENIDO MAGICO MISTICO, SIN EMBARGO FAMILIAR COMENTA POR CONDICIONES "NO MEDICAS" SOLICITARON EGRESO VOLUNTARIO, SE DIO EGRESO SIN MEDICACION. HA PERSISTIDO CON MISMA SINTOMATOLOGIA, AYER EN LAS HORAS DE LA TARDE HUYE DEL HOGAR, LOGRAN UBICALO SIN EMBARGO SU ACTITUD ES "GROSERIA" MOTIVO POR EL CUAL LO TRAEN.

ANTERIOR HOSPITALIZACION DOCUMENTA HAN INTENTADO BUSCAR SOLUCION A CUADRO CLINICO ACTUAL CON MISAS DE SANACION SIN EMBARGO PADRE DE SORACÁ RECOMIENDA SEA TRATADO EN CENTRO HOSPITALARIO.

ANTECEDENTES

PATOLOGICOS: MIGRAÑA

FARMACOLOGICOS: NIEGA

QUIRURGICOS: NIEGA

TOXIQUOS: NIEGA

ALERGIA: NIEGA

Plan de manejo: PACIENTE DE 37 AÑOS DE EDAD SIN ANTECEDENTES PERSONALES O FAMILIARES DE CONDICIONES PSIQUETRICAS QUIEN COMENTA CUADRO CLINICO DE 3 MESES DE EVOLUCION, CONSISTENTE INCALMANTEMENTE EN FALLAS DE MEMORIA DE HECHOS RECIENTES, DESUBICACION TEMPORAL, QUE GENERARON IMPORTANTE DETERIORO EN SU ACTIVIDAD LABORAL, DESDE HACE 4 SEMANAS PRESENTA MAYOR COMPROMISO DE SU MEMORIA, ALTERACIONES DE LA ATENCION, CURSO Y FORMA DE LA ASOCIACION DEL PENSAMIENTO, EN OCASIONES ALTERACION EN LA ASOCIACION DE LAS IDEAS, RESPUESTAS IRRELEVANTES CON AMNESIA LACUNAR, TX DE LA CONDUCTA, ACTIVIDAD DELIRANTE Y ALUCINATORIA , SOLILOQUIOS, REFERENCIALIDAD HACIA FAMILIARES, CON COMPROMISO DE SU JUICIO DE REALIDAD .

DICHOS CAMBIOS EN SU FUNCIONAMIENTO HAN GENERADO ALTO GRADO DETERIORO, VALORADO NUEVAMENTE POR PSIQUETRIA HACE 15 DIAS DONDE SE INDICO MANEJO HOSPITALIZACION POR EPA , PERO FAMILIARES SOLICITARON EGRESO VOLUNTARIO , ARGUMENTANDO CUADRO CLINICO DEL PTE A REALIZACION DE BRUJERIA , POR LO QUE LO TRASLADARON DONDE UN CURA .

COMENTAN ADEMÁS IMPORTANTES ESTRESORES DURANTE LOS ULTIMOS 2 AÑOS CON EX PARERA, QUIENES SE ENCUENTRAN ADELANTANDO PROCESO JUDICIAL PARA DETERMINAR CUSTODIA DE SUS HIJOS, LO QUE GENERO GRAN PREOCUPACION EN PACIENTE.

VALORADO POR SERVICIO DE NEUROLOGIA CLINICA EN AGOSTO DE 2018 , QUIENES DESCARTAN LESION SOBRE SNC

SE COMENTA CONDICION CLINICA A PACIENTE Y FAMILIAR, NECESIDAD DE GARANTIZAR MANEJO HX POR PSIQUETRIA, ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR, SE INDICA USO DE PSICOANALISIS

ANEXO TECNICO N°9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



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

Fecha: 2018/09/24 Hora: 12:46

INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

DATOS DEL PACIENTE

VARGAS	PIERNAGORDA	OMAR	ORLANDO
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	7180118	
<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: 1981-05-04	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:	MANZANA D CASA 108		Teléfono: 3227808939
Departamento: BOYACA	15	Municipio: TUNJA	15001
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	FAMISANAR SAS EPS-C		Código: EPS017

LAS 24 HORAS, SE INDICA USO DE PSICOFARMACOS

IDX

EPISODIO PSICOTICO AGUDO A ESTUDIO

TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE (En estudio)

PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA

Diagnóstico:

F239 TRASTORNO PSICOTICO AGUDO Y TRANSITORIO - NO ESPECIFICADO DE TIPO ESQUIZOFRENICO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal
 F413 OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD MIXTOS Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
 F069 TRASTORNO MENTAL NO ESPECIFICADO DEBIDO A LESION Y DISFUNCION CEREBRAL Y A ENFERMEDAD FISICA Estado: Confirmado Repetido
 Tipo: Descartado
 Z630 PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
 F067 TRASTORNO COGNOSCITIVO LEVE Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado
 F432 TRASTORNOS DE ADAPTACION Estado: Confirmado Repetido Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:

REFERENCIA

-REMISION A USM PSIQUIATRIA

FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03