

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



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

Fecha: 2018/10/24 Hora: 10:28

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA		NIT: <input checked="" type="checkbox"/> 891800231 -0	CC: <input type="checkbox"/>
Código: 1500100387	Dirección Prestador: CRA 11 27-27 TUNJA - BOYACA	DV	
Teléfono: 8 7405030	Indicativo: 15 Número: 001	Departamento: BOYACA	Municipio: TUNJA
1er Apellido: PERDOMO	2do Apellido: GOMEZ	1er Nombre: SANDRA	2do Nombre: EDITH

**DATOS DEL PACIENTE**

Tipo Documento de Identificación:		<input type="checkbox"/> Registro Civil <input type="checkbox"/> Tarjeta de Identidad <input checked="" type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación		Número documento de Identificación: 40047371																																																	
Dirección de la Residencia Habitual: CRA 9 10 28		Departamento: BOYACA		15	Municipio: TUNJA	Fecha de Nacimiento: 1980-03-24																																																	
Teléfono: 7409764																																																							
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C						Código: EPS037																																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="4" style="text-align: center;">DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE</th> <th colspan="3"></th> </tr> <tr> <th>NO TIENE</th> <th>NO TIENE</th> <th>NO TIENE</th> <th>NO TIENE</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1er Apellido:</td> <td>2do Apellido:</td> <td>1er Nombre:</td> <td>2do Nombre:</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tipo Documento de Identificación:</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Registro Civil  <input type="checkbox"/> Tarjeta de identidad  <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía  <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Pasaporte  <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación  <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">Número Documento Identificación:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Dirección de la Residencia Habitual:</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">Teléfono:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Departamento:</td> <td colspan="2"></td> <td>Municipio:</td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>							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"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación							Número Documento Identificación:			Dirección de la Residencia Habitual:				Teléfono:			Departamento:			Municipio:			
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"/> Tarjeta de identidad <input type="checkbox"/> Cédula de Ciudadanía <input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		<input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Adulto sin Identificación <input type="checkbox"/> Menor sin Identificación																																																			
				Número Documento Identificación:																																																			
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: 98	Número: 7405030	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**

Anamnesis:	<p>PACIENTE SEXO FEMININO DE 38 AÑOS, TRAIADA POR EL ESPOSO, QUIEN REFIERE QUE DESDE EL MIERCOLES DE LA SEMANA PASADA HA PRESERNTADO EPISODIOS DE DESORIENTACION Y DE CAMBIOS EN SU COMPORTAMIENTO, AL PARCER SECUNDARIO A INTERVENCION QUIRURGICA PRACTICADA A LA HIJA; REFIERE: "SE HA VUELTO INCOHERENTE, ESTA HABLANDO DE UNA COSA Y TERMINA HABLANDO DE OTRA, TIENE IDEAS CONTRADICTORIAS, NOS PROCUPA PORQUE ANTES NO ERA ASI".</p>			
------------	---	--	--	--

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



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

Fecha: 2018/10/24 Hora: 10:28

-0

DV

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT:  891800231

-0

CC:

DV

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

Teléfono: 8 7405030

Indicativo

Número

Departamento:

BOYACA

15

Municipio: TUNJA

1001

**DATOS DEL PACIENTE**

PERDOMO

GOMEZ

SANDRA

EDITH

1er Apellido

2do Apellido

1er Nombre

2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

Registro Civil

Pasaporte

40047371

Tarjeta de Identidad

Adulto sin Identificación

Número documento de Identificación

Cédula de Ciudadanía

Menor sin Identificación

Fecha de Nacimiento: 1980-03-24

Cédula de Extranjería

Dirección de la Residencia Habitual: CRA 9 10 28

Teléfono: 7409764

Departamento: BOYACA

15

Municipio:

TUNJA

15001

ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: NUEVA EPS-C

Código: EPS037

**Examen Físico:**

Neuroológico y Mental

Neuroológico y Mental: Normal, EM: PACIENTE ALERTA, ORIENTADA EN PERSONA Y ESPACIO DESORIENTADA PARCIALMENTE EN TIEMPO, ESTABLECE CONTACTO VERBAL ESPONTANEO, ESTABECE CONTACTO VISUAL CON MIRADA FIJA, ACTITUD ALTIVA, DEMANDANTE EN CUANTO AL EGRESO, ATENCION DISTRACTIL, AFECTO EUFORICO, INRITABLE, LOGORREICA PENSAMIENTO TAQUISIQUICA, CON IDEAS DE REFERENCIALIDAD HACIA LA PARTE ACTUAL, IDEAS DELIRANTES MEGALOMANICAS, MAGICO-MISTICAS, PARANOIDE PERSECUTORIO, JUICIO DESVIADO, INTROSPECCION NULA, PROYECCION INCERTA, CONDUCTA MOTORA HIPERBULIA.

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



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

Fecha: 2018/10/24 Hora: 10:28

**INFORMACIÓN DEL PRESTADOR**

Nombre: E.S.E HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

NIT:  891800231 -0

CC:

DV:

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

Teléfono:	8	74095030			
-----------	---	----------	--	--	--

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

**DATOS DEL PACIENTE**

PERDOMO	GOMEZ	SANDRA	EDITH
---------	-------	--------	-------

1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
--------------	--------------	------------	------------

**Tipo Documento de Identificación**

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	40047371
<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: 1980-03-24
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de la Residencia Habitual:	CRA 9 10 28			Teléfono:	7409764
--------------------------------------	-------------	--	--	-----------	---------

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

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

**Resumen de la Evolución:**

**EVOLUCIÓN**

Fecha: 24/10/2018 09:12

Subjetivo, objetivo y análisis: \*RESPUESTA A INTERCONSULTA PSIQUIATRIA\*

**PROCEDENTE DE TUNJA**

CONVIVE CON ESPOSO, HIJAS Y NIETA

OCCUPACION: CONTADURA PUBLICA

INFORMANTE LEIDY ACOSTA 21 AÑOS Hija

**MC Y EA**

PACIENTE DE 66 AÑOS DE EDAD CON CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN AFECTO EXPANSIVO, TAQUIPSQUIQUA, TAQUILALIA, LENGUAJE ALTISONANTE, VERBORREICA, DISMINUCION DE LA NECESIDAD PARA DORMIR, IRRITABILIDAD, ACTITUD INTRUSIVA Y DE GRAN CONFIANZA, LABILIDAD EMOCIONAL, MANIFIESTA QUE DESDE HACE 8 DIAS AUMENTO EL CONSUMO DE ALCOHOL "ELLA ANTES NO TOMABA MUCHO", REFIERE QUE HACE 2 SEMANAS LOS SINTOMAS SE EXACERBAN PORTERIOR A CIRUGIA DE HIJA "DESPUES DE QUE LLEGAMOS DEL VIAJE, POR QUE A MI HERMANA LE IBAN HACER UN CATETERISMO, ELLA SE EMPEORO". EXPRESA QUE PREVIAMENTE LA PACIENTE ERA FUNCIONAL.

MANIFIESTA QUE EL PADRASTRO ES ALCOHOLICO "TOMA TODOS FINES DE SEMANA, CADA 8 DIAS" EXPRESA QUE CUANDO SE SEPARO DE SU PADRE TUVO UN CUADRO SIMILAR EN EL AÑO 2002.

HIJA REFIERE QUE DESDE HACE 3 DIAS SE ENCERRÓ EN UN CUARTO Y DIJO QUE SE IBA A MATAR Y EL DIA DE AYER PRESENTA IDEAS DELIRANTES DE TIPO PERSECUTORIO Y DE DAÑO "DECIA QUE NOS ESTABAN PERSIGUIENDO Y QUE NOS QUERIAN MATAR, A LA GENTE QUE IBA CON CELULARES O EN MOTO DECIA QUE ERAN POLICIAS"

EN EL MOMENTO DE LA ENTREVISTA SE ENCUENTRA PACIENTE EXALTADA, TAQUIPSQUIQUA, HIPERBULICA CON IDEAS DELIRANTES MEGALOMANICAS, MAGICOMICISTICAS Y DE REFERENCIALIDAD HACIA LA PAREJA "MI MARIDO ES UN BORRACHO TIENE COMO 5 MUJERES, YO AHORITA ME VOY A IR A COMPRAR UNA CASA CON LOS 300 MILLONES DE PESOS QUE TENGO, YO TENGO MUCHA ROPA QUE LA VOY A REGALAR A LOS POBRES, YO SE QUE MI ESPOSO ME HIZO BRUJERIA"

**ANTECEDENTES:**

PATOLOGICOS: HTA, GASTRITIS.

FARMACOLOGICOS: ASA

QUIRUGICOS: TRES CESAREAS

FAMILIARES: VARIOS PRIMOS CON ENFERMEDAD MENTAL NO ESPECIFICADA

Plan de manejo: PACIENTE CON ANTECEDENTE DE PATOLOGIA PSIQUIATRICA NOES A NIVEL FAMILIAR ,A NIVEL PERSONAL CUADRO AUTOLIMITADO DE SIMILARES CARACTERISTICAS EN EL AÑO 2002 ,QUE NO RECIBIO ATENCION MEDICA CON REMISION DEL MISMO , QUIEN CURSA CON CC DE 30 DIAS DE DURACION , CON AGUDIZACION DE LA SX EN LA ULTIMA SEMANA ,CONSISTENTE EN CAMBIOS DE LA CONDUCTA ,SX DE CARACTERISTICAS MANIFORMES ,ACTIVIDAD DELIRANTE,AFECTO CON TENDENCIA A LA EXALTACION, ALT DEL JUICIO DE REALIDAD, QUE REQUIEREN MANEJO HX EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PSIQUIATRIA,CONDICION QUE SE INFORMA TANTO A PTE COMO A FAMILIAR, NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS SS PARACLINICOS. SE ADMINISTRA AHORA RISPERIDONA TAB 2 MG + LORAZEPAM TAB 2 MG MG VO,

## ANEXO TECNICO N°9

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

## FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2018/10/24 Hora: 10:28

## INFORMACIÓN DEL PRESTADOR

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

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

Indicativo	Número	Departamento:	BOYACA	15	Municipio:	TUNJA	1001
------------	--------	---------------	--------	----	------------	-------	------

## DATOS DEL PACIENTE

PERDOMO	GOMEZ	SANDRA	EDITH
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

## Tipo Documento de Identificación

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	40047371
<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	
Cédula de Extranjería		Fecha de Nacimiento: 1980-03-24

Dirección de la Residencia Habitual:	CRA 9 10 28	Teléfono:	7409764
--------------------------------------	-------------	-----------	---------

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

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

## Diagnóstico:

F419 TRASTORNO DE ANSIEDAD - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
F319 TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Principal
Z000 EXAMEN MEDICO GENERAL Estado: Confirmado nuevo Tipo: Relacionado
R074 DOLOR EN EL PECHO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
F309 EPISODIO MANIACO - NO ESPECIFICADO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
Z630 PROBLEMAS EN LA RELACION ENTRE ESPOSOS O PAREJA Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado
Z818 HISTORIA FAMILIAR DE OTROS TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Motivos de remisión:
----------------------

REFERENCIA
------------

SE INICIA REMISION A UNIDAD DE SALUD MENTAL
---

## FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE

Firma:

Registro: 962-03

Fecha Ingreso: 2018-10-23 17:33

PERDOMO GOMEZ SANDRA

Historia: 40047371 Genero: Femenino  
Edad: 37 Años Telefono:  
Direccion:

201810230303

Medico: MEDICO NO LEGIBLE Y/O NO REMITIDO  
Servicio: URGENCIAS Cama: URG  
Pagador: NUEVA EPS  
Tipo de Muestra: OTRA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
<b>QUIMICA</b>			
CALCIO IONICO	1.171	mmol/l	1.12 - 1.32
Técnica:ION SELECTIVO			
FOSFORO EN SUERO	2.5	mg/dl	2.5 - 4.5
MAGNESIO EN SUERO	1.89	mg/dl	1.6 - 2.6
Técnica:TEST COLORIMETRICO			
<b>ELECTROLITOS</b>			
SODIO EN SUERO	141.2	meq/l	135 - 149
Técnica:ION SELECTIVO			
POTASIO EN SUERO	3.95	meq/l	3.5 - 5.1
Técnica:ION SELECTIVO			
CLORO EN SUERO	106.9	meq/l	98 - 107
Técnica:ION SELECTIVO			

LEJOY ALEXANDRA PEÑA SALAMANCA  
R.P. 1888-11  
Bacteriología

Validado : 23/10/2018 19:16:54

### HEMATOLOGIA

#### HEMOGRAMA IV (HEMOGLOBINA HEMATOCRITO RECUENTO DE ERITROCITOS IN

RECUENTO DE BLANCOS	8.35	X10 <sup>3</sup> /uL	4.5 - 11
NEUTROFILOS	63.6	%	35 - 66
LINFOCITOS	27.2	%	24 - 44
MONOCITOS	7.9	%	3 - 8
EOSINOFILOS	0.7	%	
BASOFILOS	0.2	%	
NEUTROFILOS #	5.31	10 <sup>3</sup> /uL	
LINFOCITOS #	2.27	10 <sup>3</sup> /uL	
MONOCITOS #	0.66	10 <sup>3</sup> /uL	
EOSINOFILOS #	0.06	X10 <sup>3</sup> /uL	
BASOFILOS #	0.02	X10 <sup>3</sup> /uL	
RECUENTO DE G. ROJOS	4.75	10 <sup>6</sup> x mm <sup>3</sup>	4 - 4.9
HEMOGLOBINA	15.8	g/dL	*
HEMATOCRITO	43.2	%	36 - 44
VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO	90.9	fL	80 - 100
HB CORPUSCULAR MEDIA	33.3	pg	*
CONCENTRACION HB CORPUSCULAR MEDIA	36.6	g/dL	31 - 37
ANCHO DE DISTRIBUCION DE G.R.-CV	13.2	%	*
ANCHO DISTRIBUCION GL.ROJOS - SD	43.8		
RECUENTO DE PLAQUETAS	274	10 <sup>3</sup> /uL	150 - 450
PDW	NI	fL	



# E.S.E. HOSPITAL SAN RAFAEL TUNJA

Fecha Ingreso: 2018-10-23 17:33

Página 2 De 2



Confirmando la veracidad clínica a la documentación

PERDOMO GOMEZ SANDRA

Historia: 40047371 Genero: Femenino  
Edad: 37 Años Teléfono:  
Dirección:

201810230303

Medico: MEDICO NO LEGIBLE Y/O NO REMITIDO  
Servicio: URGENCIAS Cama: URG  
Pagador: NUEVA EPS  
Tipo de Muestra: OTRA

Examen	Resultado	Unidades	Valores de Referencia
HEMATOLOGIA			
VOLUMEN MEDIO PLAQUETARIO	9.1	fL	
OBSERVACIONES	NI		
GRANULOCITOS INMADUROS#	0.03	10 <sup>3</sup> /uL	
GRANULOCITOS INMADUROS	0.4	%	0 - 0.4
ERITROBLASTOS#	0.00	10 <sup>3</sup> /uL	
ERITROBLASTOS	0.0	%	0 - 0

ADRIANA GIRALDO ARISTIZABAL  
Bacteriología y Laboratorista Clínica  
R.P. 1049637669

Validado : 23/10/2018 18:19:31