

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



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

21 3386  
 Fecha: 2018/08/06 Hora: 17:09

**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
<b>DATOS DEL PACIENTE</b>			
COY	LUENGAS	TRANSITO	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
Tipo Documento de Identificación			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	41392506	
<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: 1946-09-15	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			
Dirección de la Residencia Habitual:		KRA 98 62 72 Teléfono:	
Departamento:	SANTANDER	68 Municipio:	BARBOSA 68077
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			
<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:	

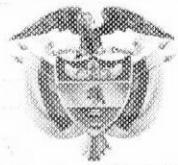
**PROFESIONAL QUE SOLICITA LA REFERENCIA Y SERVICIO AL CUAL SE REMITE**

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

**INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE**

Anamnesis:				
PACIENTE DE 71 AÑOS CON CUADRO CLINICO DE LARGA DATA QUE HACE 2 MESES DE EVOLUCION CONSISTENTE EN ASTENIA, ADINAMIA, HIPOREXIA, ASOCIADO A LLANTO FACIL, SESACION DE DESPERANZA ANTECEDENTE DE DEPRESION, ALUCINACIONES VISUALES, NO MEDICACION ACTUALMENTE SINTOMATICO				
Examen Físico:				
Neuroológico y Mental				
Neuroológico y Mental: Anormal, ALERTA CONSENTE ORIENTADA , CON ACTITUD COLABORADORA , ASPECTO ALIÑADO , EUPROSEXICA , SUEÑO CON PATRON ALTERADO (PERIODOS DE HIPERSOMNIA Y POSTERIORMENTE INSOMNIO DE RECONSILACION ) AFECTO DE TONO TRISTE , HIPOTIMICA , DE FONDO ANSIOSO , OENSAMIENTO DE CURSO NORMAL , IDEAS SOBREVALORADAS DE MINUSVALIA , EULALICA , SIN ALTERACION DEL POLO EXPRESIVO NI RECEPTIVO , DE VELOCIDAD NORMAL , SENSO PERSEPCION SIN ALTERACION INTROSPECCION ACEPTABLE, JUICIO SIN ALTERACION, CONDUCTA NORMAL.				

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



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

Fecha: 2018/08/06 Hora: 17:09

-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**

COY	LUENGAS	TRANSITO	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre

**Tipo Documento de Identificación**

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	41392506
<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: 1946-09-15
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería		

Dirección de la Residencia Habitual:	KRA 98 62 72			Teléfono:	
--------------------------------------	--------------	--	--	-----------	--

Departamento:	SANTANDER	68	Municipio:	BARBOSA	68077
---------------	-----------	----	------------	---------	-------

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

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



MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**

Fecha: 2018/08/06 Hora: 17:09

-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	Municipio:	TUNJA 001

**DATOS DEL PACIENTE**

COY	LUENGAS	TRANSITO	NO TIENE
1er Apellido	2do Apellido	1er Nombre	2do Nombre
<b>Tipo Documento de Identificación</b>			
<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	41392506	
<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: 1946-09-15
Dirección de la Residencia Habitual:	KRA 98 62 72	Teléfono:	
Departamento:	SANTANDER	68	Municipio: BARBOSA 68077
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO:	NUEVA EPS-C	Código:	EPS037

**Resumen de la Evolución:**

**EVOLUCIÓN**

Fecha: 06/08/2018 16:17

Subjetivo, objetivo y análisis: VALORACIÓN PSIQUETRIA -NOTA RETROSPECTIVA

NATURAL DE MONIQUIRA

PROVIENE DE BARBOSA

VIVE SOLA

OCCUPACION :PENSIONADA-CESANTE.PREVIAMENTE ENFERMERA

PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR DESDE HACE 10 AÑOS , HA ESTADO EN MULTIPLES TRATAMIENTOS FARMACOLOGICOS ,CON AMITRIPTILINA, CLONAZEPAM ,ACIDOVALPROICO, CON POBRE ADERENCIA A TRATAMIENTO Y FLUCTUACION EN LAS DOSIS, HA PRESENTADO CRISIS 1 O 2 AL AÑO CON DURACION DE 1 MES APROXIMADAMENTE , PACIENTE PRESENTA CUADRO DESDE HACE 7 MESES POSTERIOR A SUFRIR ACV, QUE FUE DESENCADENADO POR CONFLICTO CON HIJA QUE TIENE TAB;ESTE CUADRO CARACTERIZADO POR LLANTO FACIL "SOLO ME LA PASO LLORANDO" IDEAS DE DESPERANZA"SOLO VIVO SOLA Y ES MUY COMPLICADO CON LO DEL OS HUESOS " IDEAS DE MUERTE" MEJOR ME DA ALGO Y ME MUERO " RETRAIMIENTO SOCIA" ME FUI A VIVIR SOLA A EN UNA VEREDA 3 MESES ALLA ME DISTRAIA CON PERRITOS Y UNA GATICA QUE ADOPTE ", IDEAS SOBREVALORADAS DE MINUSVALIA, SINTOMAS QUE SE HAN EXACERVADO EN EL ULTIMO MES CON SINTOMAS ANSIOSOS" ESTOY COMIENDO MUCHO Y NO ES POR HAMBRE SINO POR ANSIEDAD" LABILIDAD EMOCIONAL " LLORO TODOS LOS DIAS Y ME SIENTO DESPERADAMENTE " IDEAS DE MUERTE" ME LLEGAN PENSAMIENTOS DE MUERTE , SALIR A CORRER GRITAR " INSOMNIO DE CONSILIACION Y RECONSILIACION E HIPERSOMNIA INTERCALADAS" HAY DIAS QUE DUERMO MUCHO Y NO ME QUIERO LEVANTAR, Y PASA UNO O DOS DIAS Y EMPIEZO A DESVELARME O LEVANTARME EN LA MADRUGADA" NIEGA SINTOMAS DE SENSO PERSEPCION. NIEGA SINTOMAS DE MANIA.

HISTORIA PERSONAL : ADICIONALMENTE PACIENTE REFIERE POBRE RED DE APOYO PROBLEMAS RELACIONADOS CON ANTECEDENTE DE ARTROSIS QUE HAN HECHO QUE SE DETERIORE SU ESTADO MENTAL YA QUE NO PUEDE REALIZAR ACTIVIDADES QUE SOLIA LLEVAR A CABO COMO LEER Y TEJER, Y PROBLEMAS ECONOMICOS FALTA DE VIVIENTA QUE LA HAN LLEVADO A ESTAR EN DIFERENTES DOMICILIOS EN LOS ULTIMOS MESES PARA HUIR DE SU HIJA.

**ANTECEDENTES**

PATOLOGICOS:TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR , HTA , ACV , ARRITMIA, TUMOR CEREBRAL NO ESPECIFICACO, HIPOTIROIDISMO OSTEOARTROSIS, VERTIGO.

TRAUMATICOS: NIEGA

QUIRURGICOS: EXTRACCION DE TUMOR CEREBRAL.

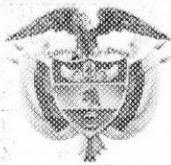
TOXICOALERGICOS : NIEGA

FARMACOLOGICOS : EN TRATAMIENTO CON : LOSARTAN 50-0-100MG DIA, EUTIROXIN 50MG DIA; HA CONSUMIDO AMITRIPTILINA , ACIDO VALPROICO , CLONACEPAM (LO DEJO EN MARZOPOR NO TOLERANCIA ) FLUOXETINA(DEJO DE TOMAR HACE 1 MES )

FAMILIARES: 2 DE SUS HIJOS MURIERON CON ENFERMEDAD RENAL , UNA DE SUS HIJAS ACTUALMENTE TIENE TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR .SOBRINA TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR.

Plan de manejo: PTE DE 71 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TX DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE DE LARGA DATA , QUIEN HA RECIBIDO MULTIPLES MANEJOS FARMACOLOGICOS, CON REACTIVACIONDE SX AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVO DESDE HACE 7 MESES, ASOCIADO PRESENTA ALT DEL PATRON DE SUEÑO, INESTABILIDAD AFECTIVA Y EMOCIONAL, CUADRO QUE GENERAN MALESTAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO, RLN ACTUAL CRISIS A DIVERSOS ESTRESORES FAMILIARES , ECONOMICOS , QUE REQUIEREN MANEJO HX EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PSIQUETRIA, CONDICION QUE SE INFORMA A PTE , SE INDICA NECESIDAD DE GARANTIZAR ACOMPAÑAMIENTO LAS 24 HORAS INFAMIAS Y COOPERACIONES

**ANEXO TECNICO No.9**  
**FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES**



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

Fecha: 2018/08/06 Hora: 17:09

**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**

SEXO:	COY	LUENGAS	TRANSITO	NO TIENE
-------	-----	---------	----------	----------

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

Tipos Documento de Identificación			
-----------------------------------	--	--	--

<input type="checkbox"/> Registro Civil	<input type="checkbox"/> Pasaporte	41392506	
<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: 1946-09-15	
<input type="checkbox"/> Cédula de Extranjería			

Dirección de la Residencia Habitual:	KRA 98 62 72	Teléfono:	
--------------------------------------	--------------	-----------	--

Departamento:	SANTANDER	68	Municipio:	BARBOSA	68077
---------------	-----------	----	------------	---------	-------

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

HUKAS UN FAMILIAR SS PARA CLINICOS.

DX: TX DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE -EPISODIO ACTUAL MODERADO CON SX DE ANSIEDAD

ESTRESORES

HISOTORIA FAMILIAR DE TAB.

ESTRESORES FAMILIARES ,ECONOMICOS, SALUD

POBRE RED DE APOYO

**Diagnósticos:**

F412 TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION Estado: Confirmado nuevo Tipo: Principal

F331 TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE - EPISODIO MODERADO PRESENTE Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Z638 OTROS PROBLEMAS ESPECIFICADOS RELACIONADOS CON EL GRUPO PRIMARIO DE APOYO Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

Z598 OTROS PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA VIVIENDA Y LAS CIRCUNSTANCIAS ECONOMICAS Estado: Impresión diagnóstica Tipo: Relacionado

**Motivos de remisión:**

REFERENCIA

PTE DE 71 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TX DEPRESIVO MAYOR RECURRENTE DE LARGA DATA, QUIEN HA RECIBIDO MULTIPLES MANEJOS FARMACOLOGICOS, CON REACTIVACIONE SX AFECTIVOS DE TIPO DEPRESIVO DESDE HACE 7 MESES, ASOCIADO PRESENTA ALT DEL PATRON DE SUEÑO, INESTABILIDAD AFECTIVA Y EMOCIONAL, CUADRO QUE GENERAN MALESTAR CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO, RLN ACTUAL CRISIS A DIVERSOS ESTRESORES FAMILIARES, ECONOMICOS, QUE REQUIEREN MANEJO HX EN UNIDAD DE SALUD MENTAL PSIQUIATRIA,

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

Firma:

Registro: 962-03