REPUBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL
ANEXO TÉCNICO No. 9
FORMATO ESTANDARIZADO DE REFERENCIA DE PACIENTES

Fecha: 2021-Ene-27 Hora: 11:42

**INFORMACION DEL PRESTADOR**

NIT [X] 815000316-9
CC [ ]

Nombre: ESE HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO
Código: 765200302901 Dirección prestador: carrera 29 # 39 -51
Teléfono: 2856161 Departamento: VALLE DEL CAUCA [ 76 ] Municipio: PALMIRA [ 520 ]

**DATOS DEL PACIENTE**

1er apellido: NARANJO 2do apellido: CASTRO 1er nombre: LUZ 2do nombre: CARIME

Tipo de documento de identificación

[ ] Registro civil [ ] Pasaporte
[ ] Tarjeta de identidad [ ] Adulto sin identificación
[X] Cédula de ciudadanía [ ] Menor sin identificación
[ ] Cédula de extranjería [ ] Número único de identificación

Número de documento de identificación: 30039744
Fecha de nacimiento: 1981-Mar-26

Dirección de residencia habitual: CLL 54B 42A-28 Teléfono: 3173464630,
Departamento: VALLE DEL CAUCA [ 76 ] Municipio: PALMIRA [ 520 ]
ENTIDAD RESPONSABLE DEL PAGO: EMSSANAR EPS SAS Código: EMSSANAR

**DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL PACIENTE**

Nombres: _____

Tipo de documento de identificación

[ ] Registro civil [ ] Pasaporte
[ ] Tarjeta de identidad [ ] Adulto sin identificación
[ ] Cédula de ciudadanía [ ] Menor sin identificación
[ ] Cédula de extranjería [ ] Número único de identificación

Número de documento de identificación _____

Dirección de residencia habitual: _____ Teléfono: _____
Departamento: _____ Municipio: _____

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

Nombre: ESP. TEHELEN CARREÑO JUAN PABLO (MEDICO FAMILIAR)
Teléfono: _____ 2856161 _____ (Indicativo / Número / Extensión)
Servicio que solicita la referencia: HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA
Teléfono celular: _____
Servicio para el cual se solicita la referencia: HOSPITALIZACION MUJERES

**INFROMACION CLINICA RELEVANTE**

Diligencie en el orden indicado el resumen de anamnesis y examen físico, fechas y resultados de exámenes auxiliares de diagnóstico, resumen de la evolución, diagnóstico, complicaciones, tratamientos aplicados y motivos de remisión. Al finalizar, el profesional tratante debe firmar la solicitud de referencia y anotar su registro profesional.

ANÁLISIS
PACIENTE FEMENINA HOSPITALIZADA EN CONTEXTO DE SDRA CON ANTÍGENO Y PCR PARA ANTICUERPOS SARS COV 2 NEGATIVOS, ANTICUERPOS IGG E IGM PARA COVID19 NEGATIVOS, POR LO QUE SE DESCARTA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN ANTERIOR. PACIENTE CON DETERIORO RESPIRATORIO QUIEN SE DESATURA EL 25.01.2021 < 80% POSTERIOR VENTURI EL 50% DONDE NO SE LOGRA SATURACION MAYOR DE NOVENTA POR LO QUE SE DEJA CON MÁSCARA DE REINHALACIÒN. ACTUALMENTE SATURANDO 98% CON MASCARA DE NO REINHALACIÓN A 15 L MIN. CON MAL PATRÓN RESPIRATORIO, TAQUIPNEICA, TAQUICARDICA.

PRUEBA DE ANTICUERPOS VIH PRIMERA Y SEGUNDA POSITIVAS, POR LO QUE SE SOLICITA INTERVENCIÓN POR PSICOLOGÍA, QUIENES BRINDAN ASESORIA POSTETS. ANTICUERPOS PARA HEPATITIS B YC NEGATIVOS, PENDIENTE CD3, CD4, BACILOSCOPIA Y CARGA VIRAL.

SE EVIDENCIA EN TAC DE TORAX NEUMONIA MULTILOBAR CON INFILTRADO ALVEOLAR DIFUSO, OCUPACIÓN ALVEOLAR CON SIGNOS DE SDRA INSTAURADO SEVERO. (PENDIENTE REPORTE OFICIAL)
PACIENTE CON PAFI DE 55, ROX INDEX DE 4,4 POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CON ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA Y COMPLICACIONES POR

**FIRMA Y REGISTRO DEL PROFESIONAL QUE REMITE**

[ 0777 ] ESP. TEHELEN CARREÑO JUAN PABLO (MEDICO FAMILIAR)
Reg. Prof. 766073 - NIT. 94515916

**E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO**

NIT 815000316-9

carrera 29 # 39 -51 - TELS: 2856161 - FAX: 2856161 - MAIL: facturacion@hrob.gov.co

PALMIRA, VALLE DEL CAUCA

## REMISIÓN DE PACIENTES



R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL

765200302901 - FVE - 42267

**AUTORIZACION CRUE**

**INSTITUCION QUE REMITE** HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**IDENTIFICACIÓN No.** CC 30039744

**FECHA DE REMISION** 27-Ene-2021 11:42 am

**NOMBRE DEL PACIENTE** NARANJO CASTRO LUZ CARIME

**REGIMEN/EMPRESA** Subsidiado / EMSSANAR EPS SAS

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1 X] NO [2 ]

| EDAD | SEXO M | SEXO F |
|---|---|---|
| 39 Años | | X |

**RESIDENCIA DEL PACIENTE**

DEPARTAMENTO VALLE DEL CAUCA [7 6]

MUNICIPIO PALMIRA [5 2 0]

ZONA: URBANO [1 X] RURAL [2 ]

CLL 54B 42A-28 (DIRECCION) — 3173464630 (TELEFONO) — URB. LOS CAIMITOS (BARRIO / VEREDA)

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:**

AYDE CASTRO (NOMBRE Y APELLIDO) — CR 21 A 16 83 (DIRECCION) — 3143748202 (TELEFONO) — (CIUDAD / BARRIO)

**INSTITUCION A DONDE SE REMITE:**

E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE (NOMBRE) — 765200302903 (CODIGO) — [1 X] [2 ] [3 ] (NIVEL INST.) — HOSPITALIZACION MUJERES (SERVICIO A DONDE SE REMITE)

**IMPRESION DIAGNOSTICA**

BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA CODIGO: [ J180 ]

TIPO DX: Confirmado repetido

**CAUSA BASICA DE REMISION** Nivel de atención

**OBSERVACIONES**

ANÁLISIS

PACIENTE FEMENINA HOSPITALIZADA EN CONTEXTO DE SDRA CON ANTÍGENO Y PCR PARA ANTICUERPOS SARS COV 2 NEGATIVOS, ANTICUERPOS IGG E IGM PARA COVID19 NEGATIVOS, POR LO QUE SE DESCARTA POSIBILIDAD DE INFECCIÓN ANTERIOR. PACIENTE CON DETERIORO RESPIRATORIO QUIEN SE DESATURA EL 25.01.2021 < 80% POSTERIOR VENTURI EL 50% DONDE NO SE LOGRA SATURACION MAYOR DE NOVENTA POR LO QUE SE DEJA CON MÁSCARA DE REINHALACIÒN. ACTUALMENTE SATURANDO 98% CON MASCARA DE NO REINHALACIÓN A 15 L MIN. CON MAL PATRÓN RESPIRATORIO, TAQUIPNEICA, TAQUICARDICA.

PRUEBA DE ANTICUERPOS VIH PRIMERA Y SEGUNDA POSITIVAS, POR LO QUE SE SOLICITA INTERVENCIÓN POR PSICOLOGÍA, QUIENES BRINDAN ASESORIA POSTETS. ANTICUERPOS PARA HEPATITIS B YC NEGATIVOS, PENDIENTE CD3, CD4, BACILOSCOPIA Y CARGA VIRAL.

SE EVIDENCIA EN TAC DE TORAX NEUMONIA MULTILOBAR CON INFILTRADO ALVEOLAR DIFUSO, OCUPACIÓN ALVEOLAR CON SIGNOS DE SDRA INSTAURADO SEVERO. (PENDIENTE REPORTE OFICIAL)

PACIENTE CON PAFI DE 55, ROX INDEX DE 4,4 POR LO QUE SE CONSIDERA PACIENTE CON ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA Y COMPLICACIONES POR LO QUE SE INICIA PROCESO DE REMISIÓN A MANEJO EN UCI. SE INICIA MANEJO PARA GERMENES OPORTUNISTAS TMF Y FLUCONAZOL, SE INICIA ESTEROIDE Y FUROSEMIDA, SS GASES, TAC DE CUELLO.

**E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO**
NIT 815000316-9
carrera 29 # 39 -51 - TELS: 2856161 - FAX: 2856161 - MAIL: facturacion@hrob.gov.co
PALMIRA, VALLE DEL CAUCA

## REMISIÓN DE PACIENTES



**INSTITUCIÓN QUE REMITE** 765200302949

**NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REMITE** ESP. TEHELEN CARREÑO JUAN PABLO (MEDICO FAMILIAR) Tipo de profesional: Médico especialista

RESPUESTA : SI [1] NO [2] Se justifica la remisión SI [1] NO [2]

Si no, por qué ? _____

DIAGNOSTICO DEFINITIVO : _____ NIVEL DIAG. [1] [2] [3]

EL PACIENTE FUE HOSPITALIZADO SI [1] NO [2] HUBO MUERTE SI [1] NO [2] FECHA MUERTE (Mes Día Año Hora) [ ] A.M. [ ] P.M.

HISTORIA CLINICA No. _____

PLAN DE TRATAMIENTO _____ TIPO TRATAMIENTO MD [1] QX [2] MD - QX [3]

NIVEL INTERVENCION QUIRURGICA [1] [2] [3]

Dx Intervención Quirurgica: _____ CODIGO INTERVENCION _____

INSTITUCION QUE RESPONDE _____ CODIGO INST. _____ NIVEL INST. [1] [2] [3]

NOMBRE DE QUIEN RESPONDE _____ FIRMA _____ FECHA RESPUESTA (Mes Día Año) _____

MD [1] ODONT [2] ENF. [3] AUX. [4] EST. [5] OTRO [6]

**E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO**

NIT 815000316-9

carrera 29 # 39 -51 - TELS: 2856161 - FAX: 2856161 - MAIL: facturacion@hrob.gov.co

PALMIRA, VALLE DEL CAUCA

## REMISIÓN DE PACIENTES

R-FAST 8.7e - SISTEMA INTEGRADO DE INFORMACION ADMINISTRATIVA, FINANCIERA Y ASISTENCIAL 

765200302901 - FVE - 42267

**AUTORIZACION CRUE**

**INSTITUCION QUE REMITE** HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO E.S.E -URGENCIAS

**IDENTIFICACIÓN No.** CC 30039744

**FECHA DE REMISION** 2-Feb-2021 12:43 pm

**NOMBRE DEL PACIENTE** NARANJO CASTRO LUZ CARIME

**REGIMEN/EMPRESA** Subsidiado / EMSSANAR EPS SAS

REMISIÓN — URGENCIA: SI [1 X] NO [2 ]

| EDAD | SEXO M | SEXO F |
|---|---|---|
| 39 Años | | X |

**RESIDENCIA DEL PACIENTE**

| DEPARTAMENTO | | MUNICIPIO | | ZONA | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| VALLE DEL CAUCA | [7 6] | PALMIRA | [5 2 0] | URBANO [1 X] | RURAL [2 ] | |
| CLL 54B 42A-28 | DIRECCION | | | | | |
| 3173464630 | TELEFONO | | | | | |
| URB. LOS CAIMITOS | BARRIO / VEREDA | | | | | |

**EN CASO DE URGENCIA AVISAR A:**

| NOMBRE Y APELLIDO | DIRECCION | TELEFONO | CIUDAD / BARRIO |
|---|---|---|---|
| AYDE CASTRO | CR 21 A 16 83 | 3143748202 | |

**INSTITUCION A DONDE SE REMITE:**

| NOMBRE | CODIGO | NIVEL INST. | SERVICIO A DONDE SE REMITE |
|---|---|---|---|
| E.S.E. HOSPITAL RAUL OREJUELA BUENO ESE | 765200302903 | [1 X] [2 ] [3 ] | HOSPITALIZACION MEDICINA INTERNA |

**IMPRESION DIAGNOSTICA**

BRONCONEUMONIA, NO ESPECIFICADA CODIGO: [ J180 ] — TIPO DX: Confirmado repetido

**CAUSA BASICA DE REMISION** Nivel de atención

**OBSERVACIONES**

ACIENTE PERSISTE CON CUADRO CLINICO CRITICO, CON MARCADO ESFUERZO RESPIRATORIO, SATURACIONES CONTINUAS POR DEBAJO DE 80% A PESAR DE TENER OXIGENO A 15 L/MIN POR MASCARA DE NO REINHALACION, TERAPIA RESPIRATORIA Y USO DE INHALADORES, DEBIDO A ESTO SE CONSIDERA GERMEN OPORTUNISTA O VIRAL POR TAC CON PATRON DE VIDRIO ESMERILADO DE DISTRIBUCION BILATERAL Y SIMETRICA. PACIENTE QUE SE ENCUENTRA EN CONDICONES CRITICAS, ESFUERZO RESPIRATORIO MARCADO, IMPOSIBILIDAD DE MANTENER SATURACIONES POR ENCIMA DE 90% CON MASCARA DE NO REINHLACION, POR SOSPECHA DE NEMONIA VIRAL SE INCIA CUBRIMIENTO CON ACICLOVIR Y SE DA DOSIS UNICA DE METILPREDNISOLONA, EN ESTE MOMENTO CON DETERIORO DETERIORO DEL ESTADO DE CONCIENCIA, TAQUICARDICA, DISNEA Y TAQUIPNEA, POR LO CUAL SE CONSIDERA QUE SE ENCUENTRA EN ALTO RIESGO DE FALLA VENTILATORIA, DEBIDO A ESTO SE INICIA REMISION COMO URGENCIA VITAL A CENTRO DE MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAS PARA ESCALAR METODO DE ADMINISTRACION DE OXIGENO Y ATENCION EN UCI. PACIENTE QUE TIENE CONTEO DE CD4 EN 57 LO QUE LA PONE EN RIESGO DE DETERIORO CLINICO SEVERO DE FORMA INMINENTE CON ALTA PROBABILIDAD DE INFECCION DISEMINADA POR GERMENES OPORTUNISTAS. PACIENTE QUE HA PRESENTADO GLUCOMETRIAS FUERA DE METAS A PESAR DE AJUSTE DE INSULINAS, SE LE REALIZO BOLO CON SOLUCION SALINA Y SE AUMENTARON DOSIS DE INSULINA BASAL Y PANDRIALES SIN EMBARGO NO PRESENTA MEJORA, POR LO CUALO SE LE AGREGA RIESGO DE DISBALANCE METABOLICO. PACIENTE QUE PRESENTO 3 DEPOSICIONES MELENICAS DESDE LA NOCHE DE AYER, NIEGA DOLOR ABDOMINAL, SE LE SOLICITA HEMOGRAMA URGENTE QUE REPORTA HEMOGLOBINA DE 6.5 (REPORTE PREVIO 9.9) POR LO CUAL SE CONSIDEREA QU ESTA CURSANDO CON HEMORRAGIA POR LO QUE SE RESERVAN 2 UNIDADES DE GLOBULOS ROJOS CON SU RESPECTIVA APLICACION, SE DEBE HACER CONTROL DE HEMOGRAMAS POSTRANSFUSIONALO Y HACER CONTROL DE SIGNOS VITALES. SE REALIZA REMISION COMO URGENCIA VITAL A CENTRO DE MAYOR NIVEL DE COMPLEJIDAD.