EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JOSE DE AGUADAS CALDAS
REMISIÓN DE PACIENTES

INSTITUCIÓN SOLICITANTE

DE: EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL SAN JO **A:** OTRA INSTITUCIÓN
CÓDIGO: 890801035 ESE HSJA
MUNICIPIO: AGUADAS

FECHA SOLICITUD: 04/07/2025 **ESPECIALIDAD SOLICITANTE:** PROMOCION Y PREVENCION

EVENTO: Promoción y mantenimiento de la salud-intervenciones in

SERVICIO QUE REMITE: AMBULATORIO **MOTIVO DE REMISIÓN:** otro nivel de complejidad

SERVICIO AL QUE REMITE: AMBULATORIO

IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nº Historia: TI 1055834752 Paciente FRANCO LOAIZA LUIS MIGUEL
Fecha Nacimiento: 27/09/2010 Edad: 14 año(s) Sexo: MASCULINO
Residencia Habitual: COLOMBIA* CALDAS* AGUADAS

Responsable del Paciente
LUZ OMAIRA LOAIZA PATIÑO
MADRE
3147285650
Residencia Actual: AGUADAS

AFILIACIÓN AL SISTEMA GENERAL DE SALUD SOCIAL
Régimen Subsidiado - Número de Ficha Sisben: Nombre EPS/ARS/CAJA: SALUD TOTALNivel de Pobreza: SUBSIDIADO NIVEL 1

SERVICIOS SOLICITADOS

890283 PEDIATRIA

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO: Z003 EXAMEN DEL ESTADO DE DESARROLLO DEL ADOLESCENTE

OBSERVACIONES

PACIENTE MASCULINO 14 AN~OS* QUIEN CURSA ACTUALMENTE 8 GRADO DE BACHILLERATO* SIN ANTECEDENTES PATOLO´GICOS* QUIRU´RGICOS* ALE´RGICO Y TOXICOS RELEVANTES. INGRESA A CONSULTA DONDE SE IDENTIFICA UN DESARROLLO FI´SICO Y EMOCIONAL ACORDE A SU EDAD. PACIENTE ESTABLE* EN BUENAS CONDICIONES GENERALES* SIN HALLAZGOS RELEVANTES AL EXAMEN FI´SICO. REFIERE TENER BUENA RELACIO´N EN SU ENTORNO FAMILIAR* ESCOLAR Y SOCIAL. MANIFIESTA TENER UNA ADECUADA ALIMENTACIO´N* HIDRATACIO´N Y SUEN~** NO SE IDENTIFICAN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA* SALVO QUE SALTA COMIDAS POR TRABAJAR. REALIZA ACTIVIDAD FI´SICA CON FRECUENCIA* SE SIENTE CONFORME CON SU SEXUALIDAD Y SU GENERO* NIEGA DEPRESIO´N O IDEACIO´N SUICIDA* NIEGA VIOLENCIA FI´SICA* PSICOLO´GICA O INTRAFAMILIAR. NO HAY PRESENCIA DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA VIOLENCIAS Y DE EXPOSICIO´N A VIOLENCIAS.

SE DA ASESORI´A EN ACTIVIDAD FI´SICA* DIETA* HA´BITOS DE VIDA SALUDABLES Y SALUD MENTAL* SE DA EDUCACIO´N EN PLANIFICACIO´N FAMILIAR* ITS Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS. DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

SE REDIRECCIONA AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA Y VACUNACIO´N. SE SOLICITAN PARACLI´NICOS DE TAMIZAJE DE ANEMIA DADO QUE TIENE DIFICULTADES EN EL HORARIO DE ALIMENTACIÓN* ADICIONALMENTE SE EVIDENCIA BAJA TALLA* POR LO QUE SE REMITE A PEDIATRÍA.

PRIORIDAD DE LA REMISION: Prioritaria Urgente

REMISIÓN DE PACIENTES

DESCRIPCION DEL CASO CLINICO

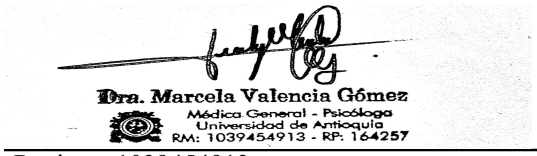
PACIENTE MASCULINO 14 AN~OS* QUIEN CURSA ACTUALMENTE 8 GRADO DE BACHILLERATO* SIN ANTECEDENTES PATOLO´GICOS* QUIRU´RGICOS* ALE´RGICO Y TOXICOS RELEVANTES. INGRESA A CONSULTA DONDE SE IDENTIFICA UN DESARROLLO FI´SICO Y EMOCIONAL ACORDE A SU EDAD. PACIENTE ESTABLE* EN BUENAS CONDICIONES GENERALES* SIN HALLAZGOS RELEVANTES AL EXAMEN FI´SICO. REFIERE TENER BUENA RELACIO´N EN SU ENTORNO FAMILIAR* ESCOLAR Y SOCIAL. MANIFIESTA TENER UNA ADECUADA ALIMENTACIO´N* HIDRATACIO´N Y SUEN~** NO SE IDENTIFICAN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA* SALVO QUE SALTA COMIDAS POR TRABAJAR. REALIZA ACTIVIDAD FI´SICA CON FRECUENCIA* SE SIENTE CONFORME CON SU SEXUALIDAD Y SU GENERO* NIEGA DEPRESIO´N O IDEACIO´N SUICIDA* NIEGA VIOLENCIA FI´SICA* PSICOLO´GICA O INTRAFAMILIAR. NO HAY PRESENCIA DE RIESGOS PSICOSOCIALES PARA VIOLENCIAS Y DE EXPOSICIO´N A VIOLENCIAS.

SE DA ASESORI´A EN ACTIVIDAD FI´SICA* DIETA* HA´BITOS DE VIDA SALUDABLES Y SALUD MENTAL* SE DA EDUCACIO´N EN PLANIFICACIO´N FAMILIAR* ITS Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. SE DAN SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR A URGENCIAS. DICE ENTENDER Y ACEPTAR.

SE REDIRECCIONA AL SERVICIO DE ODONTOLOGIA Y VACUNACIO´N. SE SOLICITAN PARACLI´NICOS DE TAMIZAJE DE ANEMIA DADO QUE TIENE DIFICULTADES EN EL HORARIO DE ALIMENTACIÓN* ADICIONALMENTE SE EVIDENCIA BAJA TALLA* POR LO QUE SE REMITE A PEDIATRÍA.

Nombres y Apellidos del Médico Solicitante: LEIDY MARCELA VALENCIA GOMEZ

Firma



Registro 1039454913