

Formato de Epicrisis (Cierre de Caso) para la Víctima de Violencia Sexual Atendida por el Sector Salud

FORMATO DE EPICRISIS PARA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL ATENDIDAS POR EL SECTOR SALUD (CIERRE DE CASO)				
Paciente:		Edad:	Identificación:	
Fecha Consulta Inicial:		Fecha Consulta Final:		
Número de controles realizados:		Tiempo Total de Manejo (en meses):		
<p>Motivo del Cierre de Caso: Completó protocolo de seguimiento: ___ Abandonó: ___ Remisión para continuar manejo en otra institución: ___ Alta Voluntaria: ___ Muerte: ___ Otro: ___ ¿Cuál otro? _____</p> <p>En cierre de caso por muerte, indique si se trató de: Suicidio: ___ Homicidio: ___ Accidente: ___ Causa médica conocida: ___ Causa desconocida: ___ Otros: ___ ¿Cuáles? _____</p> <p>En caso de remisión, indicar institución de salud a la cual fue remitida la víctima (nombre de institución y servicio al que se remitió; departamento y municipio de localización):</p>				
Impresiones Diagnósticas	Iniciales	CIE-10	Finales	CIE-10
<p>Pronóstico clínico al egreso: Bueno: ___ Reservado: ___ Malo: ___ No Aplica: ___ Explique:</p>				
<p>Procedimientos Diagnósticos realizados durante la atención integral en salud de la violencia sexual:</p>				
<p>Medicamentos recibidos durante la atención integral en salud de la violencia sexual:</p>				
<p>Procedimientos terapéuticos realizados durante la atención integral en salud de la violencia sexual:</p>				
<p>Complicaciones y revictimizaciones detectadas durante la atención en salud recibida:</p>				
Nombre del profesional que elabora epicrisis:			Firma profesional:	

