

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	URETA	NATALIA LORENA	31	10	2006	18 años, 5 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314767417	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LAS DELICIAS y VÍA SOLEDAD	0988461624 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314767417	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	04	03
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON DISCAPACIDAD EN TRATAMIENTO CON NEUROLOGIA Y PSIQUIATRIA EN EL CUAL HA MODIFICADO DOSIS DE MEDICAMENTOS, MADRE REFIEERE QUE HA PRESENTADO ALTERACIONES EN TENSION ARTERIAL, LLANTO FACIL, IRRITABILIDAD, AGRESIVIDAD, ANSIEDAD, GRITO, SONRRISA SOCIAL, ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON SERTRALINA 100 MG 9 AM , RISPERIDONA 15 GOTAS 9 AM, 5 GOTAS DESPUES DE ALMUERZO Y 20 GOTAS 8 PM (DOSIS CON SINTOMAS ACTIVOS) ACIDO VALPROICO 250 MG 1 VEZ AL DIA 10 DE LA MAÑANA. QUETIAPINA 100 MG HORA SUEÑO, SPIRONOLACTONA 25 MG 1 TABLETA .DESPUES DE ALMUERZO. PACIENTE A PESAR DE ESTAR EN TRATAMIENTO ANTES DESCRITO RESENTA SINTOMAS ACTIVOS. PACIENTE REQUIERE DE ATENCION DE PSIQUIATRIA Y NEUROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	F729		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-03	14:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-03	14:54	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

