



| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE |                  |                                     |                                  |                                  |                                     |      |                         |   |   |   |  |  |
|-------------------------------------------------------------|------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------|-------------------------|---|---|---|--|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                     | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD            | TIPOLOGIA                        | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO                   |      |                         |   |   |   |  |  |
| MSP                                                         | 001414           | Centro De Salud Tipo C Tosagua      | CS-C                             | 1313441782                       |                                     |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                    | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Laaz                                                        | Alcivar          | Josselin                            | Daniela                          | M                                | 19-07-1995                          | 30   | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                                     |                                  |                                  |                                     |      |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                          |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                |                                     |      |                         |   |   |   |  |  |
| 0982430033                                                  |                  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  | <input type="checkbox"/>         |                                     |      |                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL                                  |                  | 1. Accesibilidad geográfica.        |                                  | <input type="checkbox"/>         |                                     |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  | 2. Falta de espacio físico.         |                                  | <input type="checkbox"/>         |                                     |      |                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                                                   | CANTÓN           | PARROQUIA                           | 3. Falta de equipamiento.        |                                  | <input type="checkbox"/>            |      |                         |   |   |   |  |  |
| 13                                                          | 1315             | 131550                              | 4. Equipos en mal estado.        |                                  | <input type="checkbox"/>            |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                                     | 5. Problemas de infraestructura. |                                  | <input type="checkbox"/>            |      |                         |   |   |   |  |  |
|                                                             |                  |                                     |                                  |                                  | <input checked="" type="checkbox"/> |      |                         |   |   |   |  |  |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA |                                          |                  |              |
|---------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                 | ESTABLECIMIENTO DE SALUD                 | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                                                     | Hospital General Napoleon Davila Cordova | Consulta Externa | Psiquiatría  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| CD FEMENINA 30 AÑOS CON LOS SIGUIENTES APP APORTADOS POR ACOMPAÑANTE: *CLINICOS: DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 75% SECUNDARIO ARETRASO MENTAL MODERADO- SOPLO CARDIACO III/VI POR INSUFICIENCIA PULMONAR Y MITRAL- MADRE MENCIONA QUE EN EL ULTIMO MES SE HA PUESTOCIANOTICA EN VARIAS OCACIONES-ADEMAS PREENTA SIGNOS DE IRRITABILIDAD Y CAMBIOS BRUSCOS DE HUMOR(RISAS- LLANTO- ACTITUD PICTORESCA)SIGNO QUE NO LO VEIA ANTERIORMENTE AMERITA CONTROL POR ESPECIALIDAD |  |

| D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|
| NINGUNO                                                           |  |

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                                                        | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.             | Retraso Mental Moderado Deterioro Del Comportamiento Significativo Que Requiere Atencion O Tratamiento |                                    | F711 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.             |                                                                                                        |                                    |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.             |                                                                                                        |                                    |      |     |     | 6. |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-09-16                            | 03:12        | Yandry        | Macias          | Lucas            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1310671951                            |              |               |                 |                  |

| G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN |  |    |    |                        |  |    |    |  |  |
|---------------------------------------------|--|----|----|------------------------|--|----|----|--|--|
| REFERENCIA JUSTIFICADA                      |  | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | SI | NO |  |  |

CONTRAREFERENCIA

☐

REFERENCIA INVERSA

☐

| A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA |           |                          |           |                                  |                   |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|-------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                        | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |
|                                                                                |           |                          |           |                                  |                   |

| B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA |                          |          |                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA                                                               | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                                                                                       |                          |          |                    |

|  |  |  |    |
|--|--|--|----|
|  |  |  | // |
|--|--|--|----|

## C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

|  |
|--|
|  |
|--|

## D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

|  |
|--|
|  |
|--|

## E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

|  |
|--|
|  |
|--|

| F. DIAGNÓSTICO |  | PRE= PRESUNTIVO<br>DEF= DEFINITIVO | CIE | PRE | DEF |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|--|------------------------------------|-----|-----|-----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             |  |                                    |     |     | 4.  |  |  |     |     |     |
| 2.             |  |                                    |     |     | 5.  |  |  |     |     |     |
| 3.             |  |                                    |     |     | 6.  |  |  |     |     |     |

## G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

|  |
|--|
|  |
|--|

## H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

| FECHA<br>(aaaa-mm-dd)                 | HORA<br>(hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|---------------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|------------------|
| --                                    |                 |               |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |                 | FIRMA         | SELLO           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |