



| 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           | San Bartolo                         | CS-A                             | 1312374935                       |                                     |      |                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                                             | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE                       | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO                    | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |  |  |
| Sanchez                                                     | Vergara          | Jonathan                            | Rolando                          | H                                | 02-08-1995                          | 30   | H                       | D | M | A |  |  |
|                                                             |                  |                                     |                                  |                                  |                                     |      |                         |   |   | X |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)                       |                  | REFERENCIA                          |                                  | DERIVACIÓN MOTIVO                |                                     |      |                         |   |   |   |  |  |
| 0998598960                                                  |                  | <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                                                          | 1302             | 130250                              | 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 | Psiquiatria  |

| C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADULTO CON DIS CAPACIDAD FIS ICA- EPILEPS IA PARALIS IS CEREBRAL Y TRAS TORNO MENTAL. S E MANTIENE CON RIS PERIDONA 10GOTAS BID. CUIDADORA INFORMA QUE HA PERDIDO S EGUIMIENTO DE VARIOS MES ES Y REQUIERE REVALORACION- S E MANTIENEINQUIETO Y CON ANGUS TIA. |

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

| E. DIAGNÓSTICO |                                                                                              | PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO | CIE  | PRE | DEF |    |  |  | CIE | PRE | DEF |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------|-----|-----|----|--|--|-----|-----|-----|
| 1.             | Trastorno Mental No Especificado Debido A Lesion Y Disfuncion Cerebral Y A Enfermedad Fisica |                                 | F069 |     | X   | 4. |  |  |     |     |     |
| 2.             |                                                                                              |                                 |      |     |     | 5. |  |  |     |     |     |
| 3.             |                                                                                              |                                 |      |     |     | 6. |  |  |     |     |     |

| F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE  |              |               |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2025-11-18                            | 01:41        | Brissa        | Flores          | Chancay          |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA        |               | SELLO           |                  |
| 1312068727                            |              |               |                 |                  |

| 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 | 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           |                  |
|                                       |                 |               |                 |                  |