



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	Pavon	CS-A	1306457845									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
Loor	Calderon	Maricsa	Elizabet	M	22-07-1969	56	H	D	M	A			
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		X	DERIVACIÓN MOTIVO								
0939530093		1. Accesibilidad geográfica.			6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.			7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.			8. Inadecuada capacidad resolutive							X
13	1303	130356	4. Equipos en mal estado.			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
		5. Problemas de infraestructura.											

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
PACIENTE FEMENINA DE 56 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES DE HIPERTIROIDIS MO Y ESQUIZOFRENIAPARANOIDE- SIN ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS NI ALÉRGICOS CONOCIDOS- A QUIEN SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA POR SOLICITUDDE FAMILIAR; REFIERE CUADRO CLÍNICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIÓN- DE INICIO INSIDIOSO- CARACTERIZADO INICIALMENTE PORINSOMNIO A REPETICIÓN- SÍNTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN ASOCIADOS A CONFLICTOS FAMILIARES- CON POSTERIORAGUDIZACIÓN DEL CUADRO PSIQUIÁTRICO QUE MOTIVÓ HOSPITALIZACIÓN EN CLÍNICA DE LA CIUDAD DE QUITO- DURANTE LA CUALPRESENTÓ EPISODIOS DE CRISIS DE AUSENCIA Y CONDUCTA PARANOIDE- RAZÓN POR LA CUAL REQUIRIÓ INTERNACIÓN;POSTERIORMENTE FUE DADA DE ALTA CON TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO A BASE DE HALOPERIDOL 5 MG- CLONAZEPAM 2 MG YQUETIAPINA 300 MG- TRATAMIENTO QUE ACTUALMENTE CUMPLE; AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN LA PACIENTE SE ENCUENTRACLÍNICAMENTE ESTABLE- VIGIL- ORIENTADA- CON LEVE PESADEZ EN EL LENGUAJE- RESPONDIENDO A LAS PREGUNTAS DE FORMAPAUSADA Y COHERENTE- SIN DATOS DE DESCOMPENSACIÓN AGUDA- NIEGA ALZA TÉRMICA- DOLOR- SÍNTOMAS RESPIRATORIOS UOTROS SÍNTOMAS GENERALES ASOCIADOS

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NO SE IDENTIFICAN SIGNOS DE DESCOMPENSACIÓN ORGÁNICA AGUDA- CON SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES;DESDE EL PUNTO DE VISTA PSIQUIÁTRICO- PACIENTE CON ANTECEDENTE DOCUMENTADO DE HOSPITALIZACIÓN POR AGUDIZACIÓN DETRASTORNO PSIQUIÁTRICO- ACTUALMENTE EN SEGUIMIENTO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON HALOPERIDOL- CLONAZEPAM YQUETIAPINA- CON BUENA RESPUESTA CLÍNICA; AL EXAMEN DEL ESTADO MENTAL SE EVIDENCIA LENGUAJE PAUSADO CON LEVEPESADEZ- PENSAMIENTO COHERENTE- SIN DATOS DE PSICOSIS ACTIVA- DELIRIOS NI ALUCINACIONES AL MOMENTO DE LAEVALUACIÓ

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Esquizofrenia Paranoide	F200	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-02-10	12:04	Jose	Rivera	Lino
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1313828921				

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 (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
--				
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		