



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	Chone	CS-C	1306243716								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Pallarozo	Cedeño	Erma	Cesibel	M	10-07-1971	54	H	D	M	A		
										X		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO								
096-704-6039		X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.								
		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive							
13	1303	130301	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 CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DEL 65%- ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADA POR SU HIJA- QUIEN ES SU CUIDADORA PRINCIPAL. LAHIJA REFIERE QUE LA PACIENTE HA PRESENTADO EPISODIOS RECURRENTES DE CONDUCTAS AUTOAGRESIVAS Y ALTERACIONES IMPORTANTES DELCOMPORTAMIENTO. SEÑALA QUE RECIENTEMENTE LA PACIENTE PERMANECIÓ APROXIMADAMENTE 15 DÍAS CON MARCADA DISMINUCIÓN DE LAINGESTA ALIMENTARIA- LLEGANDO PRÁCTICAMENTE A DEJAR DE COMER. ADEMÁS- REFIERE ANTECEDENTE DE EPILEPSIA EN TRATAMIENTOFARMACOLÓGICO; SIN EMBARGO- LAS CRISIS CONVULSIVAS PERSISTEN A PESAR DE LA MEDICACIÓN ACTUAL. INDICA QUE LA PACIENTE NO HARECIDO SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD DESDE HACE MÁS DE 8 AÑOS. ACUDIÓ PREVIAMENTE A OTRA CASADE SALUD SOLICITANDO REFERENCIA A ESPECIALISTA- SIN QUE ESTA FUERA GESTIONADA. LA CUIDADORA MANIFIESTA QUE LA PACIENTE PRESENTATRASTORNOS IMPORTANTES DEL SUEÑO- CON DIFICULTAD PARA CONCILIARLO- PERMANECIENDO DESPIERTA DURANTE GRAN PARTE DE LA NOCHE-CAMINANDO CONSTANTEMENTE Y HABLANDO SOLA. HACE APROXIMADAMENTE UN MES PRESENTÓ UN EPISODIO DE DESCOMPENSACIÓNCONDUCTUAL CARACTERIZADO POR IRRITABILIDAD MARCADA- AGRESIVIDAD VERBAL CON INSULTOS- RECHAZO DE LA ALIMENTACIÓN- CONDUCTASDISRUPTIVAS Y HETEROAGRESIVAS. DURANTE DICHO EPISODIO MENCIONABA Y MANTENIA CONVERSACIONES CON PERSONAS FALLECIDAS-DESMONTABA Y DAÑABA OBJETOS DEL HOGAR (RETIRABA EL FORRO DEL COLCHÓN- DESARMABA LA CAMA Y ROMPIA EL MOSQUITERO). DEBIDO ALRIESGO PARA SU INTEGRIDAD Y LA DE LOS DEMÁS MIEMBROS DE LA FAMILIA- LOS CUIDADORES MANTIENEN RESGUARDADOS LOS OBJETOSPOTENCIALMENTE PELIGROSOS DENTRO DEL DOMICILIO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
SÍNDROME PSICÓTICO - ASOCIADO A ALTERACIONES CONDUCTUALES GRAVES E INSOMNIO.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. Retraso Mental No Especificado Deterioro Del Comportamiento De Grado No Especificado		F799	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-06-13	10:28	Andres	Alcivar	Rivero
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1314783083				

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	