



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	0962378683							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Velasquez	Sanchez	Maria	Narcisa	M	15-04-2018	8	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN MOTIVO							
0985340231/0979476016			X								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
13	1315	131550									
			1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.						
			2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.						
			3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive					X	
			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 DE 8 AÑOS DE EDAD EN LA ACTUALIDAD ABUELA PATERNA REFIERE QUE LA PACIENTE SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DE NEUROLOGÍA Y MANTIENE TRATAMIENTOFARMACOLÓGICO CON ÁCIDO VALPROICO (VALCOTE®) DEBIDO A ANTECEDENTES DE EPILEPSIA. INFORMA QUE RECIENTEMENTE INICIÓ SU PROCESO DE ESCOLARIZACIÓN. PRESENTA MARCADASDIFICULTADES PARA LA COMPRENSIÓN Y EJECUCIÓN DE CONSIGNAS- ASÍ COMO ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS EN EL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE- EVIDENCIÁNDOSE UN REPERTORIO VERBALLIMITADO- RESTRINGIDO A LA EMISIÓN DE LA PALABRA ?AGUA?. SE REPORTAN CONDUCTAS DISRUPTIVAS Y HETEROAGRESIVAS- TALES COMO ARROJAR OBJETOS Y GOLPEAR A OTRAS PERSONAS- ADEMÁS DEEPISODIOS DE AUTOAGRESIÓN. FUERA DEL ENTORNO DOMICILIARIO PRESENTA CONDUCTAS DE IRRITABILIDAD- AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD DE INTENSIDAD VARIABLE- REQUIRIENDO CONTENCIÓN YSUPERVISIÓN CONSTANTE POR PARTE DE SUS CUIDADORES. ASIMISMO- SEÑALA DEPENDENCIA FUNCIONAL IMPORTANTE- NECESITANDO APOYO TOTAL PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICASDE LA VIDA DIARIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
TIENE TRATAMIENTO ENUROLOGICO POR EPILEPSIAS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO 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
2026-06-10	11:33	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 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	