

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	1246	CS. TOSAGUA	C	0962378683	0962378683																												
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																										
VELASQUEZ	SANCHEZ	MARIA	NARCISA	F	15/04/2018	8	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X																		
H	D	M	A																														
			X																														
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)	TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN																														
0985340231/0979476016		☒	☐																														
/		MOTIVO																															
		<table><tr><td>☐</td><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>5. Problemas de infraestructura.</td><td>☐</td></tr></table>		☐	1. Accesibilidad geográfica.	☐	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	☐	4. Equipos en mal estado.	☐	☐	5. Problemas de infraestructura.	☐	<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☐</td></tr></table>			☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐
☐	1. Accesibilidad geográfica.	☐																															
☐	2. Falta de espacio físico.	☐																															
☐	3. Falta de equipamiento.	☐																															
☐	4. Equipos en mal estado.	☐																															
☐	5. Problemas de infraestructura.	☐																															
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																															
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																															
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																															
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☐																															
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA																															
MANABÍ	PICHINCHA	PICHINCHA																															

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	H. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	PSIQUIATRIA

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 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO CON ÁCIDO VALPROÍCO (VALCOTE®) DEBIDO A ANTECEDENTES DE EPILEPSIA. INFORMA QUE RECIENTEMENTE INICIÓ SU PROCESO DE ESCOLARIZACIÓN. PRESENTA MARCADAS DIFICULTADES PARA LA COMPRENSIÓN Y EJECUCIÓN DE CONSIGNAS, ASÍ COMO ALTERACIONES SIGNIFICATIVAS EN EL DESARROLLO DEL HABLA Y LENGUAJE, EVIDENCIÁNDOSE UN REPERTORIO VERBAL LIMITADO, RESTRINGIDO A LA EMISIÓN DE LA PALABRA “AGUA”. SE REPORTAN CONDUCTAS DISRUPTIVAS Y HETEROAGRESIVAS, TALES COMO ARROJAR OBJETOS Y GOLPEAR A OTRAS PERSONAS, ADEMÁS DE EPISODIOS DE AUTOAGRESIÓN. FUERA DEL ENTORNO DOMICILIARIO PRESENTA CONDUCTAS DE IRRITABILIDAD, AGITACIÓN Y AGRESIVIDAD DE INTENSIDAD VARIABLE, REQUIRIENDO CONTENCIÓN Y SUPERVISIÓN CONSTANTE POR PARTE DE SUS CUIDADORES. ASIMISMO, SEÑALA DEPENDENCIA FUNCIONAL IMPORTANTE, NECESITANDO APOYO TOTAL PARA LA REALIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

TIENE TRATAMIENTO ENUROLOGICO POR EPILEPSIAS

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1 RETRASO MENTAL MODERADO	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
02/06/2026	12:00:00 p. m.	IVAN	SOLORZANO	VERA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA Firmado electrónicamente por:		SELLO	
131173337-0				

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	