

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

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	C. S TOSAGUA		TIPO C	1303423345							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
RODRIGUEZ	VALENCIA		MARIA		CRISTINA		F	26/07/1959	66	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0939031223		SI, CAMPESINO		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.					
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.					
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutive					
MANABI				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					
TOSAGUA				TOSAGUA				X					
								X					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA		C. EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

MUJER DE 66 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE ENDOMETRIOSIS UTERINA Y DE COLECISTECTOMIA HACE 5 AÑOS, PERDIDA FAMILIAR DE 15 AÑOS(HIJA RN-EMBARAZO A LOS 45 AÑOS) MENCIONA HIJO QUE LA ACOMPAÑA QUE DESDE ESA PÉRDIDA PACIENTE EMPEZÓ A TENER COMPORTAMIENTOS EXTRAÑOS, Y QUE HACE 7 MESES TRAS DISCUSIÓN CON FAMILIAR QUE SE ACENTUARON LOS SÍNTOMAS. CUADRO CLÍNICO DE 7 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR AMNESIA RETROGRADA, DISTORSIONA INFORMACIÓN.DURANTE CONSULTA PACIENTE DICE INCOHERENCIAS. REFIERO PARA VALORACIÓN POR NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA., AMERITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF					CIE	PRE	DEF	
1.	FUGA DISOCIATIVA			F441	X		4.							
2.							5.							
3.							6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/12/29	16:00						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT:	

G.EVALUACIÓNDELAREFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIAJUSTIFICADA		SI		NO	DERIVACIÓNJUSTIFICADA		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	