

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 CARLOS MORALES- JUNIN		TIPO C	1305308445								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LUCAS		MERA		KLEBER		JOSELO		M	01/08/1966	58	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0986080659		NO		X				6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		JUNIN		JUNIN										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE – DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		NEUROLOGIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO

PACIENTE MASCULINO DE 58 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 40%, POR RETRASO MENTAL LEVE OCASIONADO POR TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO POR ACCIDENTE POR CAIDA DE ARBOL QUE LE CAYO ENCIMA A SU MADRE Y A EL LE IMPACTO UNA RAMA, ACUDE A CONSULTA POR SOLICITAR SE LE INCREMENTE EL PORCENTAJE DE DISCAPACIDAD POR LO QUE SE REFIERE PARA VALORACION ESPECIALIZADA, AL MOMENTO PACIENTE SE ENCUENTRA DOLOR DE CABEZA INTENSO, MAREOS EN OCASIONES, SIN CAUSA APARENTE, CON RESULTADOS DE EXAMENES DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. SE ENCUENTRA ESTABLE, AFEBRIL, ORIENTADO, NO REFIERE SÍNTOMAS DE RELEVANCIA; AL EXAMEN FÍSICO: CABEZA: NORMOCEFALO, PUPILAS ISOCÓRICAS, REACTIVAS A LA LUZ; CUELLO: SIN ADENOPATÍA PALPABLE; TORAX: CSPS: CLAROS Y VENTILADOS, RSCS: RÍTMICOS, NORMOFONÉTICOS; ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO; GU: DIURESIS CONSERVADA; EXTREMIDADES: SIN EDEMA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF					CE	PRE	DEF	
1.	RETRASO MENTAL MODERADO			F710		X	4.							
2.							5.							
3.							6.							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/01/17	11:20	ANGELICA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1309015111						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319	

G.EVALUACIONDELAREFERENCIA/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 CLINICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CE	PRE	DEF					CE	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	

