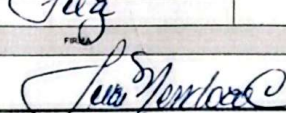


A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO				
Msp	1268	CS Agua Fria	A	1307393817	1307393817				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
Zamora	Zamora	Fanny	Dolores		M-12-04-73	52	M	D	M
NÚMERO DE TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA	DERIVACIÓN	MOTIVO			
0968140974 - 0994916134				☒	☐	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	JUNIN	JUNIN							

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	Hosp. Napdean	consulta externa	psiquiatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente femenina de 52 años de edad con app. de hipertensión arterial de 16 años de evolución aproximadamente, y con app. de depresión, profundo desahucio al fallecimiento de un hijo hace 16 años atrás, pero también realiza acciones de repetitivos, además por ultimamente presenta actitudes agresivas con personas.	
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS y anamnesis: escucha voces, peso: 139 calla: 147 cm. TA: 139/80 mmHg, sat: 98%, IMC: 31.93, glucosa: 97,36 mg/dl, colesterol: 280,58, triglicéridos: 153,59, urea: 37,61 creatinina: 1,16 mg/dl.	

E. DIAGNÓSTICO									
PRE- PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF					
					CE	PRE	DEF		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
16-01-26	13:00	Luz	Mendoza	Campos	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			
1304278326					
		Dra. Luz Mendoza Campos ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCT: 1023-2022-2477525			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN									
REFERENCIA JUSTIFICADA					DERIVACIÓN JUSTIFICADA				
SI					NO				
CONTRAREFERENCIA					REFERENCIA INVERSA				
☐					☐				

H. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

I. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	

J. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

K. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

L. DIAGNÓSTICO									
PRE- PRESUNTIVO	DEFINITIVO	CE	PRE	DEF					
					CE	PRE	DEF		

M. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE	

N. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	