

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		1245	CENTRO DE SALUD CARLOS MORALES		C	1308498094			1308498094					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MENDOZA		MENDOZA		NEXAR		PATRICIO		M	11/10/1975	50	H	D	M	
													A	
													X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA				DERIVACIÓN						
983588722				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.						
PROVINCIA				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.						
CANTÓN				3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutoria						
PARROQUIA				4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
MANABI				JUNIN				JUNIN				X		
B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD								
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		PSIQUIATRIA								
C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO														
PACIENTE CON DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DEL 85% CON DIAGNOSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA 40 GOTAS VO BID CARBAMAZEPINA 200 MG VO QD HALOPERIDOL 50 MG IM MENSUALMENTE. CUIDADORA INFORMA QUE EN LOS ULTIMOS MESES PESE A LA BUENA ADHERENCIA TERAPEUTICA PRESENTA AGITACION, AGRESIVIDAD, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, DIFICULTAD DE ATENCION DETERIORO COGNITIVO, ALOGIA. POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION DE ESPECIALIDAD														
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS														
E. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESENTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF							CIE	PRE	DEF	
1.	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209		X	4.									
2.					5.									
3.					6.									
F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE														
FECHA (aaaa-mm-dd)		HORA (hh:mm)		PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO						
08/01/2026		12H00		MARGARITA SALOME		QUIROZ		GILER						
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA				SELLO						
1309650404														
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		TIPOLOGÍA	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 DIAGNOSTICOS														
E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS														
F. DIAGNÓSTICO														
PRE- PRESENTIVO 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						