

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	1410	HBAGA	B.	1308569507	1308569507
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
MOREIRA	GARCÍA	KAREN	ALEXANDRA	F	9/12/1978
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA	DERIVACIÓN	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
0989766679		X		47	H D M A
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		MOTIVO			
PROVINCIA	CANTÓN	1. Accesibilidad geográfica.			
MANABI	BOLIVAR	2. Falta de espacio físico.			
	CALCETA	3. Falta de equipamiento.			
		4. Equipos en mal estado.			
		5. Problemas de infraestructura.			
		6. Problemas de abastecimiento.			
		7. Insuficiencia de profesionales.			
		8. Inadecuada capacidad resolutiva.			
		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 47 AÑOS 1 MES DE EDAD QUE HA MANTENIDO PSICOTERAPIA POR TRASTORNO DE PÁNICO Y TRASMENOPAUSIA, LLAMA LA ATENCIÓN QUE EL PACIENTE SUFRE TRASTORNO DE PERSECUCION MAS ALUCINACIONES VISUALES DE LARGA DATA POR LO QUE REQUIERE DE SU VALORACIÓN Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESENTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
		F209	X				
ESQUIZOFENIA, NO ESPECIFICADA							

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-16	11H	VICTOR	CEDENO	BRAYO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				
1302656473				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	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)
-------------------------	--------------------------	----------	--------------------

J. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

K. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

L. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

M. DIAGNÓSTICO

PRE-PRESENTIVO	DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF

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

O. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		