

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1308809845								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LAAZ				ALBERTO		SANTIAGO		H	02/11/1969	55	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0994528567		NO		1. Accesibilidad geográfica.		☒		6. Problemas de abastecimiento.						
				2. Falta de espacio físico.		☐		7. Insuficiencia de profesionales.						
				3. Falta de equipamiento.		☐		8. Inadecuada capacidad resolutoria						
				4. Equipos en mal estado.		☐		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.		☐								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL														
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA												

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

FAMILIAR ACUDE A CONSULTA YA QUE PACIENTE SE REUSA A VENIR A CONSULTA Y FAMILIAR VIENE A RETIRAR MEDICINA--- APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 76%, SECUNDARIO A RETRASO MENTAL MODERADO, COBRA BONO JGL, MENCIONA FAMILIAR QUE SE ENCUENTRA MEDICADO CON CLONAZEPAM DESDE HACE 6 MESES APROXIMADAMENTE, .SE DIALOGA CON FAMILIAR LA QUE MENCIONA QUE PACIENTE NO DUERME A PESAR DE ESTAR TOMANDO LAS GOTAS SE FACILITA REFERENCIA PARA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD.

1.	RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	F720		X	4.			
2.					5.			
3.					6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2024/11/15	10..00	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO	
CONTRAREFERENCIA								REFERENCIA INVERSA							

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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