

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO GEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |                  |                          |                                                         |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
|---------------------------------------|------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------|------|---------------------------|---|---|---|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               | UNICÓDIGO        | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGÍA                                               | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA | NÚMERO DE ARCHIVO |      |                           |   |   |   |
| MSP                                   | 1410             | HBAGA                    | B                                                       | 1309730016                       | 1309730016        |      |                           |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO | PRIMER NOMBRE            | SEGUNDO NOMBRE                                          | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO  | EDAD | CONDICIÓN EDADES (MARCAR) |   |   |   |
| CHINGA                                | ZAMBRANO         | PEDRO                    | ANTONIO                                                 | M                                | 22/10/1955        | 89   | H                         | O | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |                  |                          |                                                         | REFERENCIA                       | DERIVACIÓN        |      |                           |   |   |   |
| 0991565455                            |                  |                          |                                                         | X                                |                   |      |                           |   |   |   |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |                  |                          |                                                         | MOTIVO                           |                   |      |                           |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN           | PARRQUIA                 | 1. Accesibilidad geográfica                             |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
| MANABI                                | BOLIVAR          | CALCETA                  | 2. Falta de espacio físico                              |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 3. Falta de equipamiento                                |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 4. Equipos en mal estado                                |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 5. Problemas de infraestructura                         |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 6. Problemas de abastecimiento                          |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 7. Insuficiencia de profesionales                       |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 8. Inadecuada capacidad resolutoria                     |                                  |                   |      |                           |   |   |   |
|                                       |                  |                          | 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 | PSIQUIATRIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON DISCAPACIDAD QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO PORQUE NOS REFIERE LA MADRE QUE EN OCASIONES PRESENTA IRRITABILIDAD EN OCASIONES SE PORTA AGRESIVO CON SEGUIMIENTO CON MEDICO PARTICULAR POR NEUROLOGIA LA CUAL SE ENCUENTRA TOMANDO MEDICACION POR PRESENTA EPILEPSIA ADEMAS SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO POR ANSIEDAD Y DEPRESION ADEMAS NOS REFIERE EL FAMILIAR QUE PRESENTA ALTERACION DEL SUEÑO POR LO QUE SE DECIDE VALORACION POR SU SERVICIO PARA MAYOR ESTUDIO Y TRATAMIENTO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. DIAGNOSTICO

| PRE + PRESENTACIÓN                | CI   | PRE | DEF | CI | 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 APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 2024-12-26                            | 10:10        | AZUA            | CEDEÑO           |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | SELLO           |                  |
| 1311550667                            |              |                 |                  |

Dr. Marco Azua Cedeno  
ESPECIALISTA EN  
MEDICINA GENERAL  
C.I. 1311550667

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |    |    |                        |    |   |    |
|------------------------|----|----|------------------------|----|---|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI | X | 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 CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNOSTICO

| PRE + PRESENTACIÓN | CI | PRE | DEF | CI | 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 |              | SELLO         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |