

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA M.S.P	UNICÓDIGO 1268	ESTABLECIMIENTO DE SALUD CS Agua Fría	TIPOLOGÍA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1309734380	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO RIVERA	SEGUNDO APELLIDO GIL	PRIMER NOMBRE Aldrin	SEGUNDO NOMBRE Jesús	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 13-05-74
TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0994845224	LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Marabí	CANTÓN Junín	PARROQUIA Junín	REFERENCIA ☒	DERIVACIÓN ☐
			MOTIVOS 1. Accesibilidad geográfica 2. Falta de espacio físico 3. Falta de equipamiento 4. Equipos en mal estado 5. Problemas de infraestructura 6. Problemas de almacenamiento 7. Ineficiencia de profesionales 8. Inadecuada capacidad receptiva 9. Ausencia de la prestación en el centro de servicio		

D. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA M.S.P	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital Napoleon Domínguez	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD psiquiátrica
----------------------------------	---	------------------------------	------------------------------

E. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente masculino de 46 años de edad con app de crisis de ansiedad de larga evolución con crisis depresivas por causa de separación con pareja hace 2 meses aproximadamente.

F. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

Peso: 74.5 kg. Calla: 166 cm. PA 114/83 mmHg Temp 36.8 °F. 20 Rx FREE. Saturación 98%.

G. DIAGNÓSTICO

FECHA PRESENTACIÓN	FECHA DEFINITIVA	CE	FR	US	4	5	6
15-07-25	14:00	130428326	150428326	150428326	150428326	150428326	150428326

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (dd-mm-aa) 15-07-25	HORA (hh:mm) 14:00	PRIMER NOMBRE Jesús	PRIMER APELLIDO Mendez	SEGUNDO APELLIDO Campes
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 130428326	FIRMA Jesús	FIRMA Luis	Dña. Luz Mercedes Campes ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. CONSEJO REG. MED. 24733	

I. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	☐	

J. 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
-------------------------	-----------	--------------------------	-----------	----------------------------------	-------------------

K. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

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

L. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

M. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

N. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

FECHA PRESENTACIÓN	FECHA DEFINITIVA	CE	FR	US	4	5	6

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

P. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

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