

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE											
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO			
MSP		1245	CARLOS MORALES LOCKE		C	1309960977					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
BARCIA		RUIZ		ERIKA		MONCERRATE		F	3/1/1988	37	H D M A X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	DERIVACIÓN		MOTIVO			
0985323094 - 0987536224 - 0993170899						X					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					1. Accesibilidad geográfica.						
					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						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABI	JUNIN	JUNIN									

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		CONSULTA EXTERNA	NEUROLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 37 AÑOS, 1 MES EDAD CRONOLÓGICA QUE LLEGA CON MADRE, PRESENTA DISCAPACIDAD INTELECTUAL SIN TRATAMIENTO, NACE DE PARTO NORMAL, NO LLORA AL NACER.[POSIBLE HIPOXIA MADRE DA POCOS DATOS] DEPRIMIDA CAMINA A LOS DOS AÑOS, SUS PRIMERAS PALABRAS A LOS 18 MESES.MADRE REFIERE NO PUDO APRENDER EL PROCESO DE NIVEL EDUCATIVO DONDE FUE INSERTADA Y DESPUÉS NO HUBO PROGRESO, CON ANTECEDENTE DE FAMILIARES CON DISCAPACIDAD TAMBIÉN EN LA ACTUALIDAD PACIENTE VIVE CON MADRE Y HERMANAS, ABUELA, PRESENTA AGRESIVIDAD CON ELLA Y LOS DEMÁS, ENJOJOS CONSTANTES, PASA EN CASA SENTADA SIN REALIZAR ACTIVIDAD, SI REALIZA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.EN CONSULTA SE TORNA INQUIETA POR SU DISCAPACIDAD NO EN TIEMPO- ESPACIO Y PERSONA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCIÓN O TRATAMIENTO			F711	X		4.			
2.						5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
27/2/2025		CESAR	MACIAS	BRAVO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1311576050				

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	TIPOLOGIA	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 DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	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