

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			HAGA		B	1311460024					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
VIDAL		BRAVO		WASHINGTON		ISMAEL		M	7/6/1979	46	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0983510909 - 0990357909				X				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			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA									
MANABI	BOLÍVAR	MEMBRILLO									

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 46 AÑOS 9 MESES EDAD CRONOLÓGICA LLEGA A CONSULTA REFERIDO DEL CENTRO SALUD MEMBRILLO CON MADRE DONDE REFIERE ESTA EN PROCESO DE RECALIFICACION DE DISCAPACIDAD, PACIENTE NECE EN CASA , DESNUTRICIÓN, APP EPILEPSIA , RETRASO GLOBAL DE NEURODESARROLLO, NO PUDO ESTUDIAR, HTA TRATADA CON LOSARTAN 100 MG ALERGIAS NO REFIERE. CON LIMITACIONES DEL HABLA, POCO COLABORADOR, NO SIGUE ORDENES SIMPLES, ANTECEDENTE DE FAMILIARES PRIMOS CON MUDEZ.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS											

E. DIAGNÓSTICO															
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF						CIE	PRE	DEF	
1.	RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO			F721		X	4.								
2.							5.								
3.							6.								

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
11/4/2026		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

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	