

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	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1312132846								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MACIAS		LOOR		MERCEDES		ISABEL		F	01/08/1961	64	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTUR A	DIRECCION		REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
0967946403		MSP	QUIROGA											
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.									
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA											
MANABI	BOLIVAR		QUIROGA											

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP				CONSULTA EXTERNA		OTORINOLARINGOLOGÍA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 64 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL QUE LLEVA TRATAMIENTO HABITUAL CON LOSARTAN EN TABLETAS DE 100 MG TOMA UNA TABLETA AL DIA, ADEMAS TIENE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 41% POR PATOLOGIA EN SU NIÑEZ QUE LE GENERO ESTA CONDICION CON RETRASO MENTAL MODERADO, SORDOMUDEZ, TRASTORNOS EN EL HABLA Y EN EL APRENDIZAJE. PRESENTA DIFICULTAD PARA RELACIONARSE CON EL MEDIO, NO LOGRA MANTENER COMUNICACION ADECUADA, NO HABLA, NO RESPONDE, PACIENTE ACUDE PARA VALORACION DE SU CONDICION DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SUS FAMILIARES, QUIENES MANIFIESTAN QUE ELLA SOLO SE COMUNICA POR SEÑAS Y GESTOS, EN CASA COLABORA CON TAREAS BASICAS DEL HOGAR. AL ABORDAJE DE LA PACIENTE NO SE LOGRA MANTENER COMUNICACIÓN RECIBIENDO APOYO DE FAMILIAR PARA INTERACTUAR CON ELLA Y ASI MISMO LO HACE CON OTRAS PERSONAS DEL MEDIO, POR LO QUE TIENE LIMITACION EN ACTIVIDADES ADAPTATIVAS, SE EVIDENCIA DETERIORO COGNITIVO CON DISMINUCION EN CAPACIDADES MENTALES POR LO QUE ES DEPENDIENTE DE OTRAS PERSONAS PARA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

FUE VALORADA POR EQUIPO DE CALIFICACION DE DISCAPACIDADES QUIENES A PESAR DE TENER ANEXO 01 DE MEDICO FAMILIAR, NO DIERON PASO AL PROCESO DE CALIFICACION PORQUE FALTAR VALORACION DE OFTALMOLOGO, POR LO CUAL ACUDE A CONSULTA PARA SOLICITAR SEA DERIVADO PARA LA VALORACION CORRESPONDIENTE.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF	
1.	SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE			H913		X	4	RETRASO MENTAL MODERADO, OTROS DETERIORES DEL COMPORTAMIENTO	F718		X
	OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE			F808		X		PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD	Z736		X

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025/09/26	10:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				FIRMA		SELLO	
1309015111						ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319	

G.EVALUACIÓN DEL REFERENCIA/DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	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 EXAMENES 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.			