

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	PARRAGA	MAYRA ALEJANDRA	27	02	1995	30 años, 7 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312371048	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y CALLEJON 24 DE JULIO	097-974-2424 / (05)-269-9635
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1312371048	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Neurología	2025	10	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 30 AÑOS ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE (CUIDADORA) POR CONTROL, AL MOMENTO PACTE SE MUESTRA CON AGRESIVIDAD, MOVIMIENTOS REPETITIVOS, NO ARTICULA PALABRAS, CUIDADORA REFIERE QUE ENTIENDE LO QUE LE DICEN PERO NO HABLA, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO MANEJADO CON RISPERIDONA SIN EMBARGO NO HA MANTENIDO SEGUIMIENTO CON NEUROLOGIA HACE AÑOS. CUIDADORA REFIERE QUE LA PACIENTE HA MANTENIDO DIFICULTAD PARA REALIZAR DEPOSICIONES, REALIZA DEPOSICIONES CADA DOS DÍAS, PRIMERA DEPOSICION DURA, LA SEGUNDA ES DIARREICA Y LA TERCERA VIENE CON SANGRE ROJA RUTILANTE REFIERE CUIDADORA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD, PACIENTE MANEJADA CON 0.05MG DE RISPERIDONA SIN EMBARGO MANTIENE AGRESIVIDAD, FALTA DE SUEÑO. PACIENTE NO HA SIDO MANEJADO POR NEUROLOGIA HACE AÑOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE RETRASO MENTAL, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	F781		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-16	16:04	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA

