

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		1408	CENTRO DE SALUD - BACHILLERO		TIPO A	1312431842			1312431842							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
BASURTO		HIDALGO		JOSE		RAMON		M	1951-10-07	74	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO								
986246016		MSP		1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.								
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.								
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.				8. Inadecuada capacidad resolutiva				X		
MANABI		TOSAGUA		BACHILLERO		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.												

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
ADULTO MAYOR QUE VIVE CON FAMILIARES (HERMANO Y ESPOSA) CON ANTECEDENTES DE ESQUIZOFRENIA NO TRATADA AL MOMENTO MANIFIESTA QUE ESTUVO POR DOS OCASIONES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PARA SUBSECUENCIA CON MEDICO ESPECIALISTA PERO NO LOGRA CONSEGUIR TURNOS Y NO SIGUIO TOMANDO LA MEDICINA PREESCRITA.	
PRESENTA MOMENTOS DE CRISIS DEPRESIVA, TICS NERVIOSO, ALUCINACIONES AUDITIVAS, SUELE SENTIRSE SUCIO POR LO QUE CONLLEVA AL BAÑO CONSTANTE NO USA CAMISA, Y SE ACUESTA SOBRE EL SUELO, FAMILIARES MANIFIESTAN QUE COME MUCHO, SOMNOLENCIA, LLORA FACILMENTE.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
VALORACION ESPECIALIZADA	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA			F209		X	4.			
2.							5.			
3.							6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
29/10/2025	14:50	MELISSA		GARCIA	GARCIA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1307569986					

G. EVALUACIÓN DE LA 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 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	