

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICODIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1246	C. S TOSAGUA		TIPO C	1313441782								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
LAAZ		ALCIVAR		JOSELYN		DANIELA		F	19/07/1995	30	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
0982430033-0939612879		NO		1. Accesibilidad geográfica.		X		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 resolutive						
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA		4. Equipos en mal estado.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
				5. Problemas de infraestructura.										

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL DR. NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	PSIQUIATRIA

PCD FEMENINA 30 AÑOS CON LOS SIGUIENTES APP APORTADOS POR ACOMPAÑANTE: *CLINICOS: DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 75% SECUNDARIO A RETRASO MENTAL MODERADO, SOPLO CARDIACO III/VI POR INSUFICIENCIA PULMONAR Y MITRAL, MADRE MENCIONA QUE EN EL ULTIMO MES SE HA PUESTO CIANOTICA EN VARIAS OCASIONES, ADEMÁS PRESENTA SIGNOS DE IRRITABILIDAD Y CAMBIOS BRUSCOS DE HUMOR (RISAS, LLANTO, ACTITUD PIGROSCA) SIGNO QUE NO LO VEÍA ANTERIORMENTE AMÉRITA CONTROL POR ESPECIALIDAD.

E. DIAGNOSTICO		PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	RETARSO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO			F711		X	4.			
2.	PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD			Z736		X	5.			
3.							6.			

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025/08/28	11.20	Yolanda	Cedeño	Cedeño
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			SELLO	
1311762940			ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: 1027-2022-2414952	

REFERENCIA JUSTIFICADA				SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA				SI		NO			
CONTRAREFERENCIA														REFERENCIA INVERSA			

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.				
2.						5.				
3.						6.				

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN			FIRMA	SELLO