

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		1271	CENTRO SALUD SAN BARTOLO		A	1314188499		1314188499									
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)						
VELEZ		VERA		MIRIAM		ANTONIA		F	14/05/06	18	H	D	M	A			
															x		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO									
0981738709				X													
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.				6. Problemas de abastecimiento.									
				2. Falta de espacio físico.				7. Insuficiencia de profesionales.									
PROVINCIA				CANTÓN		PARROQUIA				8. Inadecuada capacidad resolutive							
MANABI				BOLIVAR		CALCETA				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios							
				3. Falta de equipamiento.						X							
				4. Equipos en mal estado.													
				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 CORDOVA		CONSULTA EXTERNA		PSIQUIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADOLESCENTE DE 18 AÑOS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 69% ACUDE A CONSULTA DEBIDO A CUADRO CLINICO DE 1 AÑO DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR EPISODIOS DE AGRESIVIDAD ACOMPAÑADOS DE HIPERACTIVIDAD PREVIO A DESREALIZACION, FAMILIAR REFIERE QUE DURANTE ESTOS EPISODIOS TIENDE A AGREDIR A CUIDADORA Y FAMILIARES, POR LO QUE ADMINISTRA RISPERIDONA 1G/1ML 15 GOTAS PRN BAJO INDICACION DE NEUROLOGO, CON POCA RESPUESTA, ULTIMA VALORACION DE NEUROLOGIA HACE 1 AÑO. AL MOMENTO PACIENTE COLABORA AL EXAMEN FISICO, SE ENCUENTRA ACTIVA, REACTIVA, NO SIGNOS FISICOS DE VIOLENCIA O AUTOLESION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF			CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO PARANOIDE DE LA PERSONALIDAD			F60,0	X		4.				
2.							5.				
3.							6.				

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
11/12/24	9:00:00	GABRIEL		INTRIAGO		ZAMBRANO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1310605587							

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	