

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | DELGADO          | GILDA FERNANDA | 27                  | 03  | 2000 | 25 años, 7 meses, 3 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1314792324        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | CDLA 6 DE DICIEMBRE          | 097-922-6611        |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia      | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1707692131      | SANTA MARTHA             | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | NEUROLOGIA   |  | 2025  | 10  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/espec ifique:               | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

SE REALIZA ATENCIÓN A FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD, ACOMPAÑADA DE FAMILIAR, ES POCO COLABORATIVA, NO RESPONDE, NO ORIENTADA EN TIEMPO NI ESPACIO, ESTA BAJO EL CUIDADO DE SU PADRE EL CUAL REFIERE QUE ES AGRESIVA CON LA MAMÁ Y AGARRA OBJETOS Y LOS LANZA. TIENE TRICOTILOMANIA, TOMA QUETIAPINA 100MG/D CADA 12H SIN EMBARGO CON ESA DOSIS NO HA PRESENTADO MEJORIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REAJUSTE DE DOSIS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                                              | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| RETRASO MENTAL PROFUNDO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO | F731   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL        | CÓDIGO   | FIRMA                                                                                                                                                                        |
|------------|-------|----------------|-------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-28 | 09:18 | Medicina Rural | DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ | 13501909 | <div><div>Dana Milena Moreira Velasquez</div><div>Time Stamping Security Data</div></div> |

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 |
|-------|------|--------------|------------------------|--------|-------|
|       |      |              |                        |        |       |