

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO				
MSP				HAGA		B		1315639086		1315639086				
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCA/VI)			
SOLORZANO		GILER		DANTE		JAMIL		M	31/07/1993	31	H	D	M	A
Nº. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		☒		DERIVACIÓN						
999772544														
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica				MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN		2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.						
MANABI		JUNIN		3. Falta de equipamiento.				7. Insuficiencia de profesionales.						
				4. Equipos en mal estado.				8. Inadecuada capacidad resolutiva.						
				5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.						

C. RESUMEN DEL CUADRO CLINICO	CONSULTA EXTERNA	SIQUIATRIA
ANTECEDENTE DE TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL USO DE MULTIPLES DROGAS Y AL USO DE OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS, ESTADO DE ABSTINENCIA, AL MOMENTO		
ESTUVO INGRESADO EL EL CETAD POR 3 MESES.AL MOMENTO CON RECAIDASPOR CONSUMO DE ALCOHOL		
ID. NOMBRE		

E. DIAGNÓSTICO		PRE- PRESENTIVO	DEFINITIVO	CIE	MLZ	DEF			CIE	PRE	DEF
1.											
2.	Trastorno de la personalidad no especificado			F60.9	X		A.				
3.							A.				
4.							A.				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA	☐	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFERENCIA

DR. JUAN... MENUDO MAGISTER...
 Y SALUD OCUPACIONAL
 DERIVACIÓN JUSTIFICADA: 2019-2876975
 SENESCT 1060-2019-2876975
 REFERENCIA INVERSA: 127 / INHMT N° 1360
 MSP-DL 1-2019

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

[illegible]

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS	

DIAGNÓSTICO						PRIM. PRECISADO			DEFINITIVO			CIE	PRIE	DEF		CIE	PRIE	DEF	
															A.				
															B.				
															C.				

TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN:

[illegible]

DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE			
FECHA (dd-mm-aa)	HORA (hh-mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO
			SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO	