

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	1316637899								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
MURILLO		RAMIREZ		KEVIN		GABRIEL		M	1/7/10	15	H	D	M	A
														X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0981462989				X										
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO								
				2. Falta de espacio físico.		6. Problemas de abastecimiento.								
				3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.								
				4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutoria								
				5. Problemas de infraestructura.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios								
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA												
MANABI	CALCETA	CALCETA												

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 15 AÑOS, 10 MESES DE EDAD CRONOLÓGICA LLEGA A CONSULTA CON MAMÁ BIOLÓGICA, ES EL CUARTO DE CINCO HERMANO, PADRES SEPARADOS HACE TRES AÑOS, CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO DESDE LOS DOS AÑOS DE NACIDO CON TRASTORNOS EPILEPTICOS, TRASTORNO DEL HABLA, DIFICULTAD EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE, NO ESTA ESTUDIANDO ESTE AÑO, MADRE REFIERE ULTIMA CRISIS HACE 15 DÍAS, SIN TRATAMIENTO ESPECIALIZADO, NACIÓ DE POR PARTO NATURAL EN CASA, CON POSIBLES COMPLICACIONES REFIERE, CAMINA A LOS 3 AÑOS Y LAS PRIMERAS PALABRAS A LOS 12 MESES, TAMBIÉN REFIERE CUANDO LE DA CRISIS PIERDE LA LA CONSCIENCIA Y NO CONTROLA ESFINTERES, AL MOMENTO DE ENTREVISTA CLÍNICA PACIENTE NO RESPONDE VALORACIÓN PSICOPEDAGÓGICA, TAMPOCO SE ENCUENTRA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, DE LENGUAJE POCO ENTENDIBLE, CON ANTECEDENTE DE TIO MATERNO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL GRAVE, REFIERE MADRE DEL PACIENTE PACIENTE SI REALIZA POR SI SOLO A.V. D.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1. RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO QUE REQUIERE ATENCIÓN O TRATAMIENTO			F711	X		4.			
2. EPILEPSIA, NO ESPECIFICADA			G40.9	X		5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO APELLIDO
2/6/26		CESAR		MACIAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO
1311576050				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN						
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	X	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA			

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA					
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
		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		SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO