

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				
Ministerio de Salud Pública	1145	CS 1516	C	1316929197	1316929197				
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)		
Briones	Velazquez	John	Antonio	M	11/10/11	13	H	D	M
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN					
0979874578 WI									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO						
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.						
Manabí	Juana	Juana	2. Falta de espacio físico.						
			3. Falta de equipamiento.						
			4. Equipos en mal estado.						
			5. Problemas de infraestructura.						
			6. Problemas de abastecimiento.						
			7. Insuficiencia de profesionales.						
			8. Inadecuada capacidad resolutoria.						
			9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios.						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
Ministerio de Salud Pública	CS 1516	Neurología	Neurología

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO	
Paciente de 13 años de edad, con antecedentes de Trastorno del desarrollo de las habilidades comunicativas por posible lesión cerebral. Acude a consulta para la evaluación y manejo de su condición. Se refiere que desde el inicio de su vida ha tenido dificultades para comunicarse y se le ha diagnosticado un Trastorno del desarrollo de las habilidades comunicativas.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS			

E. DIAGNÓSTICO				CIE	PRE	DEF
1.	Retraso mental leve, Diagnóstico del Desarrollo	F50.0				
2.	NDA					
3.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
5/11/14	3:15	Ronald	Lozano	Lozano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1316929197		15-1203F		

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				CIE	PRE	DEF
1.						
2.						
3.						

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE			

RESPONSABLE			
PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
FIRMA	SELLO		

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA