

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			HAGA		B	1350029532					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
MUÑOZ		BAREN		CLARA		EDALINE		F	19/6/2011	14	H D M A
											X
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO			
0962548099 — 0968965475				X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL											
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA								
MANABI	CALCETA		QUIROGA								

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE DE 14 AÑOS, 10 MESES EDAD CRONOLÓGICA QUE LLEGA A CONSULTA INTERCONSULTADA DE LA SALA DE EMERGENCIA, ACOMPAÑADA DE PADRE BIOLÓGICO, REFIERE CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR VERSE SUBIDA DE PESO, A PESAR QUE NO ES ASÍ, POR QUE SE PRESENCIA BAJO PESO, SE HA INDUCIDO AL VÓMITO DE SUS ALIMENTOS Y TAMBIÉN EVITA ALIMENTARSE, COMIENZA LA PROBLEMÁTICA HACE 13 MESES POR POR BULLING A NIVEL DE ESCUELA Y HERMANO QUE LA MOLESTABA CON SU PESO EN CONSULTA SE TORNA TRANQUILA Y COLABORADORA, PADRES SEPARADOS HACE 6 AÑOS, VIVE CON PADRE DESDE EL AÑO PASADO, LLAMA LA ATENCIÓN QUE REFIERE TIENE 4 DÍAS QUE SIN INDUCIRSE EL VÓMITO SE REGRESA LOS ALIMENTOS INDICA PACIENTE NO ESTUDIA REFIERE PADRE POR LAS CRISIS DE DESMAYOS.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1. ANOTEXIA NERVIOSA			F500		X	4.		
2.						5.		
3.						6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/5/2026		CESAR	MACIAS	BRAVO
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		TIPOLOGIA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	
		DISTRITO	

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