

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		1277	CENTRO DE SALUD EL RECREO	A	1350614358		
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD
MENDOZA	CAMPOS	FREDDY		GEOVANNY	H	18-08-2008	17
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	DERIVACIÓN		
0994228080		MSP		☒			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				MOTIVO			
1. Accesibilidad geográfica.				☐			
2. Falta de espacio físico.				☐			
3. Falta de equipamiento.				☐			
6. Problemas de abastecimiento.				☐			
7. Insuficiencia de profesionales.				☐			
8. Insuficiencia de capacidad.				☒			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA					
MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA					

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	PSIQUIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE CON APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 65 %, TRASTORNO ESQUIZOTÍPICO, AL MOMENTO NO PRESENTA CRISIS DE ANSIEDAD, AGRESIVIDAD, SI DUERME EN LAS NOCHES. SUS SIGNOS VITALES ESTAN DENTRO DE LO NORMAL. ACTUALMENTE EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA 10 GOTAS 2 VECES AL DIA, CARBAMAZEPINA 100 MG AM. EXAMEN FISICO: CSPS CLAROS Y VENTILADOS, RSCS RITMICOS Y NORMOFONETICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOR, EXTREMIDADES MOVILES Y SENSIBLES. BAJO EL CONTEXTO DE UN PACIENTE CON PATOLOGIA PSIQUIATRICA, SIN CONTROL SUBSECUENTE HACE 1 AÑO CON 6 MESES

SOLICITO VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE- PRESUNTIVO	CE	PRE	DEF		CE	PRE	DEF
1. TRASTORNO ESQUIZOTIPICO	F21		X	4.			
2.				5.			
3.				6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
28/05/2026	16:04:00	IGNACIO	MANRIQUE	AVEIGA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1308639879				

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

PRE- PRESUNTIVO	CE	PRE	DEF		CE	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