

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                                   | 1246              | CS. TOSAGUA                                                                                                                                               | C                                                                                                                                                                      | 135386566-8                      | 135386566-8              |        |                         |   |   |   |
| PRIMER APELLIDO                       | SEGUNDO APELLIDO  | PRIMER NOMBRE                                                                                                                                             | SEGUNDO NOMBRE                                                                                                                                                         | SEXO                             | FECHA NACIMIENTO         | EDAD   | CONDICIÓN EDAD (MARCAR) |   |   |   |
| ROSADO                                | GUERRERO          | MILAN                                                                                                                                                     | JOSE                                                                                                                                                                   | M                                | 24/04/2022               | 3      | H                       | D | M | A |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) | TIPO DE COBERTURA | REFERENCIA                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                                    | DERIVACIÓN                       | <input type="checkbox"/> | MOTIVO |                         |   |   |   |
| 0962526188                            |                   | 1. Accesibilidad geográfica.<br>2. Falta de espacio físico.<br>3. Falta de equipamiento.<br>4. Equipos en mal estado.<br>5. Problemas de infraestructura. |                                                                                                                                                                        |                                  |                          |        |                         |   |   |   |
| PROVINCIA                             | CANTÓN            | PARROQUIA                                                                                                                                                 | 6. Problemas de abastecimiento.<br>7. Insuficiencia de profesionales.<br>8. Inadecuada capacidad resolutiva<br>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |                                  |                          |        |                         |   |   |   |
| MANABÍ                                | TOSAGUA           | TOSAGUA                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/><br><input checked="" type="checkbox"/>                                                |                                  |                          |        |                         |   |   |   |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |                          |                  |              |
|-------------------------|--------------------------|------------------|--------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | SERVICIO         | ESPECIALIDAD |
| MSP                     | H. NAPOLEON DAVILA       | CONSULTA EXTERNA | PSIQUIATRIA  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 3 AÑOS NUEVE MESES PRESENTA CONDUCTAS DESAFIANTES, AGRESIVAS(EN UNA OCASIÓN AGARRO CUCHILLOS), INQUIETUD EXCESIVA, NO MIDE EL PELIGRO, EN CONSTANTE MOVIMIENTO, NO ACATA ORDENES DE LA MADRE, SE LE DIFICULTA ORGANIZAR TAREAS, ES IMPULSIVO, DÉFICIT DE ATENCIÓN CONCENTRACION

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICOS

|                                               | CIE-10 | PRESUNTIVO | DEFINITIVO | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------|--------|------------|------------|--------|-----|-----|
| 1. PERTURBACIÓN DE LA ACTIVIDAD Y LA ATENCIÓN | F900   | X          |            | 4      |     |     |
| 2. HIPERACTIVIDAD                             | R463   | X          |            | 5      |     |     |
| 3.                                            |        |            |            | 6      |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |                                                       |               |                 |                  |
|---------------------------------------|-------------------------------------------------------|---------------|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm)                                          | PRIMER NOMBRE | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 03/02/2026                            | 08:30 a. m.                                           | IVAN MARCELO  | SOLORZANO       | VERA             |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN | FIRMA<br><small>Firmado electrónicamente por:</small> | SELLO         |                 |                  |
| 131173337-0                           |                                                       |               |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |                          |    |                        |                          |    |
|------------------------|--------------------------|----|------------------------|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     | <input type="checkbox"/> |    |

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 | 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         |                 |                  |
|                                       |              |               |                 |                  |