

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	1708415102						
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
AROSTEGUI	CEDEÑO	CARMEN	VICTORIA	F	21/07/1962	62	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	DERIVACIÓN						
0980403911 / 0980231876		No se Encuentra	☒							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		MOTIVO						
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA	6. Problemas de abastecimiento.						
MANABÍ		TOSAGUA	TOSAGUA	7. Insuficiencia de profesionales.						
				8. Inadecuada capacidad resolutive		☒				
				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
MSP	HOSPITAL DE CHONE "DR. NAPOLEN DAVILA"	CONSULTA EXTERNA	PSIQUIATRIA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE 62 AÑOS DE EDAD, CON APP DE LINFOMA, CA DE CUELLO UTERINO, ESQUIZOFRENIA Y SX. ANSIOSO-DEPRESIVO.

LLEVA TRATAMIENTO CON QUETIAPINA 100MG POTR LAS NOCHES, RISPERIDONA 24 GOTAS POR LAS NOCHES? Y LAMOTRIGINA DE 100MG BID.(refiere que ya no la toma)

REFIERE QUE HA ESTADO PRESENTANDO CRISIS, DONDE SIENTE QUE SE VA A MORIR, ESTÁ MUY ANSIOSA DEPRIMIDA, CON MIEDO A PRESENTAR ALUCINACIONES Y DELIRIOS COMO EN OTRAS OPORTUNIDADES DUERME REGULAR, AUN CUANDO HA TOMADO LA MEDICACION? REFIERE PENSAMIENTOS MALOS(IDEAS DE TINTE DEPRESIVO)

AHORA ACUDE ACOMPAÑADA DE SU HIJA PREOCUPADA PORQUE LE CUESTA MOVILIZARSE PRESENTA TEMBLOR FINO Y ESTÁ BAJANDO MUY RÁPIDO DE PESO...

AL EX. FISICO SE CONSTATA LA PERDIDA PROGRESIVA Y RÁPIDA DE PESO >DE 10 KG. MUCOSAS HIPOCROMICAS. AR: MV NORMAL. ACV: RsCsRs7S SIGNOS VITALES NORMALES.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

SIGNOS VITALES NORMALES.

E. DIAGNÓSTICOS	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO DEPRESIVO	F251	X		4			
2. ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209		X	5			
3. ANEMIA	D509	X		6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
19/12/2024	12.00	LUIS ABEL	MARTINEZ	CASTRO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
1803403326		MEDICO FAMILIAR		

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	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		