

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																																
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO																							
MSP		1245	CS 24 H JUNIN		C	1720872264			1720872264																							
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)																					
MEZA		INTRIAGO		BRYAN		DARIO		H	25/05/1992	33	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X													
H	D	M	A																													
			X																													
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO																								
0988527373/ Sitio Andariles salinas				☒		☐		<table><tr><td>1. Accesibilidad geográfica.</td><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>2. Falta de espacio físico.</td><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>3. Falta de equipamiento.</td><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☐</td></tr><tr><td>4. Equipos en mal estado.</td><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☒</td></tr><tr><td>5. Problemas de infraestructura</td><td>☐</td><td></td><td></td></tr></table>					1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☐	4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒	5. Problemas de infraestructura	☐		
1. Accesibilidad geográfica.	☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																													
2. Falta de espacio físico.	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																													
3. Falta de equipamiento.	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☐																													
4. Equipos en mal estado.	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒																													
5. Problemas de infraestructura	☐																															
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA																												
MANABI		JUNIN		JUNIN																												

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 masculino de 33 años de edad, con app esquizofrenia bajo tto con Quetiapina 100mg/dia. Comenta la abuela que en ocasiones presenta irritabilidad, agresividad, en estos momentos se encuentra tranquilo, cooperador , no presenta alusinaciones visuales.	

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO												
PRE= PRESUNTIVO		DEF=	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF	
1.	ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA		F209		X	4.						
2.						5.						
3.						6.						

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
	9:09	RONALD		LOOR	QUIROZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA			SELLO
1312184177					

G. EVALUACION DE LA REFERENCIA / DERIVACION															
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		TIPOLOGÍA	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 EXAMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS	

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS REALIZADOS	

F. DIAGNOSTICO												
PRE= PRESUNTIVO		DEF=	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