

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	CEDEÑO	ESPERANZA MAYENSSE	18	09	2011	13 años, 1 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1751787605	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	BALZAR 3 y	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1751787605	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad
resolutiva



Saturación capacidad
instalada



Ausencia temporal del
profesional



Otros/especifique:



Falta de profesional



3. Resumen del cuadro clínico

P: PACIENTE DE 13 AÑOS DE EDAD NACIDA PREMATURA , HIJA UNICA DE PADRES SEPARADOS ES TRAIDA POR LA MADRE QUIEN REFIERE QUE HA ESTADO EN SEGUIMIENTO POR PSICOLOGIA DESDE HACE UN AÑO ,ACUDE PARA SOLICITAR REFERENCIA A PSIQUIATRIA INDICADA POR PSICOLOGA, MADRE INDICA QUE EL COMPORTAMIENTO DE LA HIJA VA EMPEORANDO, TIENE ACTITUDES DE VIOLENCIA VERBAL, MUY MALA RELACION CON LA MADRE. AL MOMENTO PACIENTE NO COLABORA CON EL INTERROGATORIO, OBJETIVO: SIGNOS VITALES DENTRO DE RANGOS REFERENCIALES . ANTROPOMETRÍA: DELGADEZ SEVERA (CONSIDERAR PREMATUREZ). EXAMEN FÍSICO: SIN ALTERACION PLAN: REFERENCIA A PSIQUIATRIA PARA MANEJO Y VALORACION INTEGRAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRASTORNO DE LA CONDUCTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO	F919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	08:30	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-07	08:30	Medicina Rural	KEYLA NATHALY PINCAY PONCE	1316824810	