

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	1759924127	1759924127					
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CELÓRIO	QUIROZ	VICTORIA	THAIS	F	08/11/2019	6	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN	☐	MOTIVO			
0969034461/ 0978878102			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								
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA								

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 6 AÑOS DE EDAD QUE EN LA ACTUALIDAD PRESENTA CONDUCTAS AUTOLESIVAS PERSISTENTES, CONSISTENTES EN MORDISCOS REPETITIVOS A SÍ MISMA Y TRACCIÓN INTENSA DEL CABELLO. ADEMÁS, MANIFIESTA CONDUCTAS HETEROAGRESIVAS DIRIGIDAS HACIA LA ABUELA MATERNA. SE EVIDENCIAN ALTERACIONES DEL SUEÑO Y ANTECEDENTE DE DIAGNÓSTICO DE AUTISMO INFANTIL. PRESENTA DIFICULTADES SIGNIFICATIVAS EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE. POR LA COMPLEJIDAD DEL CUADRO CLÍNICO Y LA PERSISTENCIA DE LAS ALTERACIONES CONDUCTUALES, REQUIERE VALORACIÓN ESPECIALIZADA POR PSIQUIATRIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICOS

	CIE-10	PRESUNTIVO	DEFINITIVO		CIE-10	PRE	DEF
1. AUTISMO INFANTIL	F840		X	4			
2.				5			
3.				6			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
06/07/2026	08::30 a. m.	IVAN MARCELO	SOLORZANO	VERA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA	SELLO		
131173337-0	Firmado electrónicamente por:			

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		