

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	1410	HBAGA	B	131096505	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO
Loor	Romero	Carlos	Javier	M	23/01/1988
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)			REFERENCIA	DERIVACIÓN	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)
0991953293 Junin/ calle 10 de agosto			X		H D M A
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL			MOTIVO		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	1. Accesibilidad geográfica.		
Manabi	Bolivar	Calceta	2. Falta de espacio físico.		
			3. Falta de equipamiento.		
			4. Equipos en mal estado.		
			5. Problemas de infraestructura.		
			6. Problemas de abastecimiento.		
			7. Insuficiencia de profesionales.		
			8. Inadecuada capacidad resolutiva.		
			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		CONSULTA EXTERNA	PSIQUIATRÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

paciente masculino de 37 años de edad acude por presentar frecuentemente sensación de falta de aire, temblor en el cuerpo, nerviosismo, pensamientos e ideas negativas, temor a que le pueda suceder algo malo, taquicardias frecuente, episodios depresivos y llanto frecuente acompañados de episodios de ansiedad severos, dificultad para conciliar el sueño

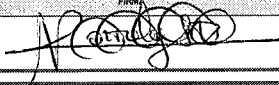
D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

valoracion con psicologia

E. DIAGNÓSTICO

PRE-PRISUNTIVO	CE	PRE	DEF
1. trastorno de ansiedad y depresion	F412		
2.			
3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
24/03/2025	11/32	Fernanda	SOLORZANO	DEMERÁ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		
1311566853				

Fernanda Nataly Solorzano Demera
PSICÓLOGA CLÍNICA
 M.S.P. 1311566853
 C.E. 1016-15-1424484

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	NO
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X	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 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE-PRISUNTIVO	CE	PRE	DEF
1.			
2.			
3.			

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