

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MEIRA	MARIA SINDALIA	27	02	1977	48 años, 3 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	1310546260	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA CAPILLA 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	1310546260	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	06	16
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

PACIENTE FEMENINA DE 48 AÑOS . APP: NO REFIERE. APF: NO REFIERE, NIEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, ES ATENDIDA POR EMERGENCIA EN HOGAR EN HORAS NOCTURNAS TRAS CRISIS DE PÁNICO, ADEMAS PRESENTA CEFALEA SEVERA EVA 9/10, DOLOR CERVICAL Y LUMBAR Y HEMATOMA EN LOBULO TEMPORAL POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO EN COOPERATIVA FLAVIO ALFARO TIPO RANCHERA 8/04/2025 DESDE ENTONCES MUESTRA CONFUSIÓN, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, PROBLEMAS DE MEMORIA, Y CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD Y DEPRESION SEVERA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PRESENTA CEFALEA SEVERA EVA 9/10, DOLOR CERVICAL Y LUMBAR Y HEMATOMA EN LOBULO TEMPORAL POSTERIOR A ACCIDENTE DE TRANSITO EN COOPERATIVA FLAVIO ALFARO TIPO RANCHERA 8/04/2025 DESDE ENTONCES MUESTRA CONFUSIÓN, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, PROBLEMAS DE MEMORIA, Y CAMBIOS EN LA PERCEPCIÓN DE LA REALIDAD Y DEPRESION SEVERA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE PANICO [ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA]	F410		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-06-16	19:50	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

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 clinico

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
2025-06-16	19:50	Medicina Rural	EYLEEN ALEXA PESANTES CASTRO	1316282464	

