

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres       | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| FARIAS           | RIOS             | ROSSANA MARIA | 06                  | 10  | 1972 | 52 años, 1 meses, 0 días | Mujer   |
|                  |                  |               | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |         |           | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------|-----------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1307517357        | MANABI              | BOLIVAR | CALCETA   | EL MORRO y                   | 097-945-1829 / (05)-268-5883 |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón  | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular          |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1307517357      | INES MORENO              | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D06 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Psiquiatría  | 2024  | 11  | 06  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

MUJER DE 51 AÑOS DE EDAD, CON APP CONVULSION, ANSIEDAD Y TRANSTORNO DEL SUEÑO EN TT CON IPRAM (ESCLATOPRAM OZALATO) 5 MG VO QD A LAS 8 AM, AMITRIPTILINA 25 MG 7 PM CADA DIA, REFIERE QUE PRESENTA SINTOMAS DE TRASTORNO DE SUEÑO, SINTOMAS GASTRICOS QUE NO SEDEN CON MEDICACION Y QUE SE PRESENTA EN MOMENTOS DE ANGUSTIA Y DEPRESION, LLANTO FACIL, DESESPERACION, PRESENTA PARESTESIA EN HEMICUERPO DERECHO ACOMPAÑADO DE MAREO ROTATORIO CON PERDIDA DEL CONOCIMIENTO, HACE TRES AÑOS NO PRESENTA SINTOMAS CONVULSIVOS EN LA ACTUALIDAD SIN TRATAMIENTO. PACIENTE MANTUVO TRATAMIENTO FARMACOLOGICO CON MEDICO PSIQUIATRA HACE MAS O MENOS 10 AÑOS EN EL CUAL HA MANTENIDO TRATAMIENTO ESTALECIDO HASTA LA ACTUALIDAD. HACE 1 MES MANTIENE TRATAMIENTO CON AMITRIPTILINA 1 DIARIA EN LA CUAL REFIERE QUE SINTOMAS DE ANSIEDAD Y DEPRESION HAN TENIDO MEJORIA CLINICA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA CEREBRAL

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                             | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION | F412   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-06 | 09:37 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-06 | 09:37 | Medicina Familiar Y Comunitaria | MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA | 1723141550 |       |

