

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE		
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	EST
MSP	1410	
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	
ALVAREZ	VELASQUEZ	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		
09588872426 DETRAS DEL HOSPITAL ANIBAL GONZALES DE CALCETA		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA
MANABI	BOLIVAR	CALCETA

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA	
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO D
MSP	HOSPITA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 22 AÑOS PRESENTA CUADRO DE EVOLUCIÓN DE VARIOS MESES AUTOLESIÓN,DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, CRISIS FRECUENTE DE ANSIEDAD

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	
VALORACION POR PSICOLOGÍA	

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO
1.	TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO		
2.			
3.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE		
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER N
27-08-2025	9:00:00	FERNANDEZ
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		
1311566853		

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN		
REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	X

CONTRAREFERENCIA

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTADO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA LA REFERENCIA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD

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

1.		
2.		
3.		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE REFERENCIA

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		

ABLECIMIENTO DE SALUD					TIPOLOGIA		NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		
HBAGA					B		1315315737		
PRIMER NOMBRE					SEGUNDO NOMBRE			SEXO	FECHA NACIMIENTO
CHANOA					VALERIA			F	
REFERENCIA					X	DERIVACIÓN			
					MOTIVO				
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 cart				
5. Problemas de infraestructura.									

DE SALUD		SERVICIO		
L		CONSULTA EXTERNA		F

S LLANTO FRECUENTE, SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE, AISLAMIENTO SOCIAL, IDEAS NEGA Y TAQUICARDIA, PACIENTE REFIERE DIFICULTAD PARA EJERCER SUS ACTIVIDADES DE LA

CIE	PRE	DEF		
F412			4.	
			5.	
			6.	

NOMBRE		PRIMER APELLIDO		
ANDA		SOLORZANO		
FIRMA		SELLO		
		FERNANDA NATALY SOLORZANO DEMERA PSICOLOGA 1016-15-1424484		

NO		DERIVACIÒN JUSTIFICADA	
----	--	------------------------	--

REFERENCIA INVERSA

ICIA INVERSA			
ABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	

REFERENCIA INVERSA		
DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-c

--

--

--

CIE	PRE	DEF	
			4.
			5.
			6.

QUE SE CONTRAREFIERE

--

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	

FIRMA	SELLO

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFEREN

NÚMERO DE ARCHIVO				
EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
	H	D	M	A
22				
tera de servicios				

ESPECIALIDAD
PSIQUIATRÍA

TIVAS Y PENSAMIENTOS DE VIDA DIARIA

	CIE	PRE	DEF

SEGUNDO APELLIDO
DEMERA
CLINICA MSP:1311566853 SENESCYT:

SI	X	NO	

NÚMERO DE ARCHIVO

ld)

	CIE	PRE	DEF

SEGUNDO APELLIDO

ICIA - REFERENCIA INVERSA