

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno <i>Buaro</i>		Apellido materno <i>Vera</i>		Nombres <i>Claudia Esther</i>		Fecha de Nacimiento <i>20 10 2002</i>		Edad <i>19</i>	Sexo <i>M</i>
Nacionalidad <i>Ecu</i>	País <i>Ecu</i>	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte <i>1314136712</i>	Lugar de residencia actual <i>13 05 50</i>		Dirección Domicilio <i>Flavio Alfaro</i>		N° Telefónico <i>0990366466</i> <i>0979435038</i>		
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular		

II. REFERENCIA: ☒ DERIVACIÓN: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema <i>MSP</i>	Hist. Clínica No. <i>00-3-99</i>	Establecimiento de Salud <i>Hospital Basico San Andres</i>	Tipo	Distrito/Área	
Refiere o Deriva a: <i>Externo</i>					
Entidad del sistema		Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha <i>04 01 2022</i>

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

Limitada capacidad resolutoria	1 ☐	Saturación de capacidad instalada	4 ☐
Ausencia temporal del profesio	2 ☐	Otros /Especifique:	5 ☐
Falta de profesional	3 ☒		

3. Resumen del cuadro clínico

paciente con antecedente de ansiedad y depresión hace 10 años, sin tratamiento, decide por presentar ideas autogrenar, ideas suicidas, de la piel, sentimientos de culpabilidad, insomnio, irritabilidad, ansiedad todo esto sintoma de haberse intensificado en la última semana por lo que se requiere valoración

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Exámenes de Laboratorio: Nulificados

5. Diagnóstico

1 <i>Trastorno mixto de ansiedad y Depresión</i>	CIE-10 <i>F412</i>	PRE <i>x</i>	DEF
2			

Nombre del profesional:

Código

Dra. Diana Duran Vargas
MSP ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR Y COMUNITARIA
REG. SENESCYT 127625

III. CONTRAREFERENCIA: ☐

REFERENCIA INVERSA: ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Entidad del Sistema		Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	Fecha día mes año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1	CIE-10	PRE	DEF
2			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:

Código
MSP:

Firma: