



A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE																							
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO															
MSP		001415	San Antonio		CS-A	1309210092																	
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)												
Loor		Moreira		Sylvania		Lorena		M	28-12-1978	46	<table><tr><td>H</td><td>D</td><td>M</td><td>A</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>X</td></tr></table>	H	D	M	A				X				
H	D	M	A																				
			X																				
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)				REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO																	
096-732-2332				☒		<table><tr><td>☐</td><td>6. Problemas de abastecimiento.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>7. Insuficiencia de profesionales.</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>8. Inadecuada capacidad resolutive</td><td>☒</td></tr><tr><td>☐</td><td>9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios</td><td>☒</td></tr></table>						☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐	☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐	☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒	☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒
☐	6. Problemas de abastecimiento.	☐																					
☐	7. Insuficiencia de profesionales.	☐																					
☐	8. Inadecuada capacidad resolutive	☒																					
☐	9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios	☒																					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL				1. Accesibilidad geográfica.																			
PROVINCIA		CANTÓN	PARROQUIA		2. Falta de espacio físico.																		
13		1303	130350		3. Falta de equipamiento.																		
					4. Equipos en mal estado.																		
					5. Problemas de infraestructura.																		

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP		Hospital General Miguel Alcivar	Consulta Externa	Psiquiatría

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE CON APP DE FIBROMIALGIA HACE 2 AÑOS DE DIAGNÓSTICO PERO CON CLÍNICA HACE 12 AÑOS - TRAS TORNOS DEL DISCOLUMBAR CON RADICULOPATIA CON DESPLAZAMIENTO ESPECÍFICO DEL DISCO VERTEBRAL- Y DX TRAS TORNOS DE PÁNICO (ANSIEDAD PAROXÍSTICA EPISÓDICA) CON CLÍNICA DESDE HACE 5 AÑOS - MEDICADA ACTUALMENTE CON DESGABAPENTINA 150 MG HS -VITAMINA B- CALCIO- VITAMINA D- PARACETAMOL 500- CLONAZEPAM UN CUARTO 0.50 MG (TABLETAS 2 MG)- FLUOXETINA 20 MG LUEGO DE DESAYUNO- -(NUCLEO CMP FORTE) CITIDIN-5' MONOFOSFATO- URIDIN 5 MONOFOSFATO DISÓDICO- URIDIN-5'- TRIFOSFATOTRISÓDICO- CRISIS DE PÁNICO INICIAN AL ESTAR SOLA EN CUALQUIER LUGAR SEA DENTRO O FUERA DE LA CASA SIN EMBARGO EMPEORA FUERA DE ELLA POR LO QUE DESDE HACE MÁS DE UN AÑO NO ANDA SOLA- PRESENTA TAQUICARDIA- ANGSTIA- FRIALDAD-GRITOS - AUNQUE MEJORA LEVEMENTE CON MEDICACIÓN- ENVIAMOS REFERENCIA POR SOLICITUD DE ANEXO 001- DIFICULTAS UTABAJO- Y RECORDAMOS ADEMÁS DX DE FIBROMIALGIA CON PUNTOS EN GATILLO 18/18 +. 0967322332

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ESCALA DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE PÁNICO (PDS) 24 PUNTOS - NOTABLEMENTE ENFERMA.

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Tumor Benigno Lipomatoso De Piel Y De Tejido Subcutaneo Del Tronco		D171		X	4.					
2.	Trastorno De Panico [Ansiedad Paroxistica Episodica]		F410		X	5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2025-09-11	11:00	Esther		Zambrano	Macias
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1311821787					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN										
REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO

CONTRAREFERENCIA ☐

REFERENCIA INVERSA ☐

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	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= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.						4.			
2.						5.			
3.						6.			

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	