



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	001414	San Antonio	CS-A	1311821787							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Zambrano	Macias	Esther	Maria	M	15-08-1988	37	H	D	M	A	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0987021061		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		2. Falta de espacio físico.		7. Insuficiencia de profesionales.							
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA	3. Falta de equipamiento.		8. Inadecuada capacidad resolutive		X				
13	1303	130350	4. Equipos en mal estado.		9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
		5. Problemas de infraestructura.									

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

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO
PACIENTE CON LARGA HISTORIA DE CUADROS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN- HA ESTADO EN TTO CON ISRS- BENZODIACEPINAS YANSIOLÍTICOS TIPO RISPERIDONA SIN EMBARGO S USPENDE POR GALACTORREA- PACIENTE CON MALA ADHERENCIA A LOSTRATAMIENTOS TANTO FARMACOLÓGICOS COMO NO FARMACOLÓGICOS (CONS UMO DE ALCOHOL 1 O 2 VCS POR MES) LOS CUALESDESATAN S US CRISIS CONSISTENTES CON LABILIDAD EMOCIONAL- INSOMNIO- SENSACIÖN DE MIEDO- FRIO- PALIDEZ- PALPITACIONES- LLANTO FÁCIL- GANAS DE SALIR CORRIENDO- ASTENIA- PENSAMIENTO REDUNDANTES. SE ENVIA PARA PSIQUIATRÍA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
ADJUNTO

E. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF				CIE	PRE	DEF
1.	Trastorno De Ansiedad Generalizada		F411		X	4.					
2.						5.					
3.						6.					

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-01-12	09:42	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
MSP			CENTRO DE SALUD	1312130089	

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



INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
MSP	Materno Infantil Carlos Morales Locke	13D06	//

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

Atencion 23 De Julio 2025: Referencia Del Msp. Iess Campesino- Priemra Atencion. Paciente Con App De Hta Hace 5 Años- Gastritis- No Refiere Alergia A Medicamentos- Artroscopia De Rodilla Izquierda En Feb 2023 Por Rotura De Meniso Y Ligamentos. Trae .Rm Nuclear De Rodilla Izquierda De Agosto 2024: Rotura Compleja Del Cuernoposterior Del Menisco Interno.Distanceion Severa De La Capsula Articular- Condromalacia Femoropatelar Grado Iv- Tenosinovitis Del Popliteo- Hidrartrosis. Severa Con Cambios Hipertroficos Sinoviales Difusos En Todos Los Compartimentos Evaluados Con Cambios Inflamatorios A Nivel Femoral- Tibial Y Patelar..Consulta Por Dolor Articular De Pequeñas Y Grandes Articulaciones Con Ifnlamacion De Tobillos - Rodillas De Mas De 3 Años De Evolucion Segun Menciona. .Al Ex Fisico: Completa Rangos- Rodilla Izquierda Con Discreto Aumento De Temperatura Local. Resto Sin Deformidades Ni Inflamacion..Se Solicita Ex De Laboratorio Y Rx. Se Inicia Analgesia Con Tramadol + Paracetamol. Ciclo De Colchicina Vo. Calcio + Vit D3 Vo Qd. Se Solicita Ic A Traumatologia..

F. DIAGNÓSTICO		PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Condromalacia De La Rotula		M224		X	4.			
2.	Artritis No Especificada		M139	X		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	
1308809787				