



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	Ricaurte	CS-A	1313050203							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
Guerrero	Salto	Kimberly	Nohelia	M	01-10-2000	25	H	D	M	A	
										X	
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN MOTIVO							
0994351812		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		1. Accesibilidad geográfica.		6. Problemas de abastecimiento.							
		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 FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIONCARACTERIZADO POR ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL DIA- DISMINUCION POR EL INTERES DE LAS COSAS Y LAVIDA- HIPERSOMNIA- PRESENTA SENTIMIENTOS DE INUTIBILIDAD Y CULPA EXCESIVA- HA PRESENTADO PENSAMIENTOS DE MUERTEULTIMAMENTE. REFEIRE HABER IDO EN VARIAS OCACIONES POR ATENCION PSICOLÓGICA PERO LO CUAL NO LE HA RESULTADOBENEFICIOSO. NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS. NO REFIERE ALERGIAS. NO SE OBSERVAN LESIONES DE NINGUN TIPO. SEOBSERVA PACIENTE DESANIMADA- SIN PENSAMIENTOS DE PROYECCION AL FUTURO- CON PENSAMIENTOS AUTOLITICOS. AL MOMENTOESTABLE- ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO- SIN SIGNOS DE ALARMA- AFEBRIL.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
PACIENTE FEMENINA DE 25 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCIONCARACTERIZADO POR ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL DIA- DISMINUCION POR EL INTERES DE LAS COSAS Y LAVIDA- HIPERSOMNIA- PRESENTA SENTIMIENTOS DE INUTIBILIDAD Y CULPA EXCESIVA- HA PRESENTADO PENSAMIENTOS DE MUERTEULTIMAMENTE. REFEIRE HABER IDO EN VARIAS OCACIONES POR ATENCION PSICOLÓGICA PERO LO CUAL NO LE HA RESULTADOBENEFICIOSO. NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLÓGICOS. NO REFIERE ALERGIAS. NO SE OBSERVAN LESIONES DE NINGUN TIPO. SEOBSERVA PACIENTE DESANIMADA- SIN PENSAMIENTOS DE PROYECCION AL FUTURO- CON PENSAMIENTOS AUTOLITICOS.

E. DIAGNÓSTICO	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Trastorno Mixto De Ansiedad Y Depresion	F412	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE				
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
2026-03-25	07:29	Kimberly	Guerrero	Salto
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
1313050203				

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		