



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	Hospital Basico Natalia Huerta De Niemes	HB	1350499776								
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)					
Vergara	Macias	Scarlet	Yamileth	M	04-04-2009	17	H	D	M	A		
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0981939706		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	1312	131250	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
SE REFIERE A PACIENTE FEMENINA DE 18 AÑOS- CON DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN (CIE-10: F412)- EN SEGUIMIENTO PSICOLÓGICO DESDE ENERO DE 2023 Y CON TRATAMIENTO PSICOFARMACOLÓGICO PREVIO- QUIEN ACTUALMENTE PRESENTA REACTIVACIÓN SINTOMÁTICA CARACTERIZADA POR ANSIEDAD GENERALIZADA- INESTABILIDAD EMOCIONAL Y ALTERACIONES DEL CICLO VIGILIA-SUEÑO DE APROXIMADAMENTE TRES SEMANAS DE EVOLUCIÓN- SIN IDEACIÓN AUTOLÍTICA NI HETEROLÍTICA. LA PACIENTE HA MOSTRADO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO PERO CON MÚLTIPLES RECAÍDAS EMOCIONALES; EN LA EVALUACIÓN RECIENTE SE ENCUENTRA ORIENTADA- CONSCIENTE- COLABORADORA- CON LENGUAJE Y PENSAMIENTO LÓGICOS- Y SIN ALTERACIONES SENSORIOPERCEPTIVAS. SE SOLICITA VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA EVALUAR AJUSTE O CAMBIO DEL ESQUEMA FARMACOLÓGICO- DESCARTAR COMORBILIDADES Y DEFINIR MANEJO COORDINADO A CORTO Y MEDIANO PLAZO.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS
NA

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
2026-04-21	02:31	Yandry	Macias	Lucas
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA	SELLO	
1310671951				

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	