

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA
FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACION, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA
I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
ZAMBRANO		MARCILLO		MERCEDES DOMITILA		28	07	1975	49	M
						dia	mes	año	d-m-a	H/M
Nacionalidad	Pais	Cedula de Ciudadania o Pasaporte	Lugar			Direccion Domiciliaria			N° Telefonico	
Ecuatoriana	Ecuador	0940896277	13	1311	131150	SAN SEBASTIAN			0983678633	
Ver instructivo	Describir Pais	Cedula diez digitos	Provincia	Canton	Parroquia				convencional/celular	

II. REFERENCIA: 1[X] DERIVACION: 2[]

1. Datos Institucionales									
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area	
MSP		0940896277		SAN SEBASTIAN		CS		13D08	
Refiere o Deriva a:									
MSP		Hospital General Dr. Napoleón Dávila Córdova		Consulta Externa		Psiquiatria		Fecha	
								13 12 2024	
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Servicio		Especialidad		Dia	Mes

2. Motivo de la Referencia o Derivacion:

Limitada capacidad resolutive	1	☒	Saturacion de capacidad insta	4	☐
Ausencia temporal del profesion	2	☐	Otros / Especifique:	5	☐
Falta de profesional	3	☐	Null		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS DE EDAD, ES TRAI DA A CONSULTA POR PRESENTAR CAMBIOS DE HUMOR, AGRESIVIDAD CON FAMILIARES CERCANOS, DA LA IMPRESIÓN DE TENER RETRASO MENTAR LEVE – MODERADO, EN OCASIONES QUIERE ATENTAR CONTRA SU VIDA, POR TAL MOTIVO SE REFIERE A ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos

PENDIENTES A REALIZAR

5. Diagnostico		CIE-10	PRE	DEF
1	OTROS TRASTORNOS MIXTOS DE LA CONDUCTA Y DE LAS EMOCIONES NO ESPECIFICADO	F929	X	
2				
Nombre del Profesional: Pablo Vergara		Codigo MSP: 1312051574	Firma: 	

III. CONTRAREFERENCIA: 3[] REFERENCIA INVERSA: 4[]

1. Datos Institucionales									
Entidad del sistema		Hist. Clinica No.		Establecimiento de salud		Tipo		Servicio	
Contrarefiero o Referencia inversa a:									
								Fecha	
Entidad del sistema		Establecimiento de salud		Tipo		Distrito/Area		Dia	Mes

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y prodecimientos diagnosticos

4. Tratamiento y procedimientos terapeuticos realizados

5. Diagnosticos de la Contrareferencia o Referencia Inversa		CIE-10	PRE	DEF
1				
2				

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

Nombre del profesional especialista: _____ Codigo MSP: _____ Firma: _____