

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	PEÑARRIETA	JUDITH SULAY	20	04	2008	18 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0955972526	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	EL COCAL y VIA DAULE	095-597-2526 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud			Tipo	Distrito/Area	
MSP	0955972526	HOSPITAL BASICO DE CALCETA - ANIBAL GONZALES ALAVA			HOSPITAL BASICO	13D06 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Psiquiatría		2026	07	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutiva	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente femenino de 18 años de edad acude a consulta en compañía de familiar (suegra) quien refiere preocupación por la paciente ya que presenta crisis que están afectando a su salud mental, la paciente manifiesta sensación de falta de aire, en ocasiones pérdida del conocimiento,taquicardia, dolor de cabeza, sudoración y dificultad para conciliar el sueño y mantenerlo, paciente refiere que esto lo presenta desde el 2022 y que ha venido afectando de forma frecuente sin llevar ningún tratamiento, durante la consulta se brinda atención en salud mental, psicoeducación y orientación a paciente y familiar, paciente será referida a especialista para tratamiento farmacológico adecuado en base a su condición

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

valoración con psicología

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DE ANSIEDAD ESPECIFICADOS	F418	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	10:20	Psicología Clínica	FERNANDA NATALY SOLORZANO DEMERA	1311566853	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad

Contrarefiere o Referencia inversa a:				Fecha		
			/			
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area	día	mes	año

2. Resumen del cuadro clinico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF

6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-13	10:20	Psicología Clínica	FERNANDA NATALY SOLORZANO DEMERA	1311566853	