

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	BRAVO	MARCOS EUDORO	04	06	1945	79 años, 9 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1300325352	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y	099-456-4281 / (99)-999-9999
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	1300325352	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	03	31
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 asiste a consulta con aspecto general acorde a la edad y sexo, aliñado, vestimenta apropiada para la situación actual, con facie normal, tono de voz normal y actitud colaborador, es capaz de orientarse en las tres, refiere no puedo conseguir dormir me duermo a las 11 de la noche y me despierto a las 3 a 4 am y ya no duermo más, hace tres meses empecé a sentir que no podía respirar, me late el corazón, pareciera que fuera taquicardia. Dentro del abordamiento paciente refiere que es docente jubilado, vive con su esposa madre de sus 3 hijos, los 3 son solteros, manifiesta no tener un buen trato por parte de su familia, paciente con antecedente de glaucoma, hta, plaqueta baja, cervical, paciente con dificultad al momento de la marcha (debilidad), presenta pánico excesivo a morir

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

episodio depresivo, insomnio.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	F321	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-31	18:07	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

Firmado electrónicamente por:
KARINA RAMONA
PALACIOS ORDOÑEZ

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 clínico

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
2025-03-31	18:07	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

