

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	VERA	VERDIS VICENTE	01	03	1950	75 años, 0 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301551675	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL GUABAL y EL GUABAL	099-617-7603 /
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	1301551675	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Psiquiatría		2025	03	25
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

ADULTO MAYOR QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (HIJO), REFIERE QUE DESDE FUE DIAGNOSTICADO DE ARTRITIS REUMATOIDEA DESDE HACE APROXIMADAMENTE 9 AÑOS EN TRATAMIENTO CON LA ESPECIALIDAD (EN HOSPITAL IESS PORTOVIEJO Y EN HOSPITAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA), ACTUALMENTE REFIERE QUE PRESENTA POLI ARTRALGIAS CON MAYOR AFECTACIÓN A NIVEL DE MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, DEFORMIDADES A NIVEL DE DEDOS DE AMBAS MANOS Y A NIVEL DE AMBOS PIES, EDEMA DE TERCIO DISTAL DE AMBAS PANTORRILLAS, TRAE ANEXO 2 DE TRAUMATOLOGÍA , SE EXPLICA ACERCA DE LA NORMATIVA 00227 Y EL REQUERIMIENTO DE EL REPORTE DE REUMATOLOGÍA QUIEN YA HA REALIZADO EVALUACIÓN ANTERIORMENTE AL USUARIO - REFIERE QUE HACE APROXIMADAMENTE 1 AÑO UN HIJO FALLECE (ASESINADO) Y DESDE AQUEL MOMENTO PRESENTA ESTADOS FRECUENTES DE DEPRESIVOS RAZÓN POR LA CUAL ASISTE A CONSULTAS CON PSIQUIATRÍA DE MANERA PARTICULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISODIO DEPRESIVO, NO ESPECIFICADO	F329		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	09:12	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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
2025-03-25	09:12	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

