

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	SILVANIA SOVEIDA	05	10	1940	85 años, 9 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301816276	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	TA y	000-000-0000 / (00)-000-0000
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	1301816276	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	07	30
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 FEMENINA DE 85 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIAS SEMANAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ALTERACIÓN IMPORTANTE DEL PATRÓN DEL SUEÑO, REFIRIENDO DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, DESPERTARES NOCTURNOS FRECUENTES Y SENSACIÓN DE DESCANSO NO REPARADOR, LO QUE HA OCASIONADO FATIGA DIURNA, DISMINUCIÓN DEL RENDIMIENTO EN SUS ACTIVIDADES HABITUALES Y MALESTAR GENERAL. ASOCIA EPISODIOS DE ANSIEDAD, INQUIETUD CONSTANTE, NERVIOSISMO, PREOCUPACIÓN EXCESIVA, LLANTO FÁCIL, DISMINUCIÓN DEL INTERÉS POR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS, ÁNIMO DEPRESIVO, AISLAMIENTO SOCIAL, HIPOREXIA Y DISMINUCIÓN DE LA MOTIVACIÓN. REFIERE ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN POTÁSICO 50 MG VÍA ORAL CADA 12 HORAS Y APROVEL® 50 MG SEGÚN ESQUEMA INDICADO, CON ADHERENCIA AL TRATAMIENTO. NIEGA ANTECEDENTES DE DIABETES MELLITUS. PRESENTA ADEMÁS ANTECEDENTE DE ARTROSIS, CON DOLOR OSTEOARTICULAR CRÓNICO QUE LIMITA PARCIALMENTE SU MOVILIDAD Y CONTRIBUYE AL DETERIORO DE SU CALIDAD DE VIDA. DURANTE LA VALORACIÓN SE EVIDENCIA PACIENTE CON ÁNIMO DEPRESIVO, PREOCUPACIÓN PERSISTENTE, ALTERACIÓN DEL SUEÑO E IMPACTO EN SU FUNCIONALIDAD. NIEGA IDEACIÓN SUICIDA, ALUCINACIONES O CONDUCTAS HETEROAGRESIVAS AL MOMENTO DE LA CONSULTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-30	11:59	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	

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
2026-07-30	11:59	Medicina Rural	LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY	1350056402	