

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MENDOZA	GRACIELA EDITH	02	11	1955	69 años, 11 meses, 26 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1302742422	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	X y X	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1302742422	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	10	28
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 DE 69 AÑOS DE EDAD, ANTECEDENTES PERSONALES DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TTO CON LOSARTAN 10 MG QD, DIABETES MELLITUS EN TTO CON INSULINA 30 UI AM Y 20 UI PM Y TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR EN TTO CON CLONAZEPAM, Y RISPERIDONA EN LA NOCHE, ACUDE A CONSULTA PARA CONTROL DE ENFERMEDADES DE BASE. PACIENTE EN SEGUIMIENTO CON PSIQUIATRIA. REFIERE NO TENER CITA SUBSECUENTE POR LO CUAL SOLICITA REFERENCIA PARA CONTINUAR SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD YA QUE REFIERE TRASTORNO DEL COMPORTAMIENTO SE HA AGUDIZADO EN LAS ULTIMAS SEMANAS EN EL CUAL EMITE IDEAS QUE NO VAN ACORDE A PRESENTE, RECUERDA VIVENCIAS DEL PASADO COMO ACTUALES, IRRITABILIDAD OCASIONAL, TRASTORNOS DE MEMORIA A CORTO PLAZO. AL MOMENTO PACIENTE REACTIVO, ORIENTADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO:0998025283

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO DEPRESIVO PRESENTE LEVE O MODERADO	F313		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	11:03	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-10-28	11:03	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

