

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	RODRIGUEZ	RAMON ANASTACIO	15	08	1952	72 años, 7 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303139701	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	999-999-9999 /
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	1303139701	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	03	24
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 MASCULINO ADULTO MAYOR DE 72 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL DE SU HTA Y DMT2 CONTROLADA CON LOSARTAN 100MG. METFORMINA 850 MG Y VIDAGLIPTINA 50MG CADA DIA AL MOMENTO EN TRATAMIENTO POR SERVICIO DE PSIQUIATRIA POR CUADRO CLINICO DE DEPRESION CARACTERIZADO POR FATIGA INSOMNIO CAMBIOS DE HUMOR MOTIVO POR EL CUAL ACUDE AL EXAMEN PODOLOGICO DE BAJO RIESGO, RIESGO CARDIOVASCULAR ALTO. SINTOMATOLOGIA AFEBRIL, ASINTOMÁTICO, ACTIVO, ELECTIVO, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. MEDIDAS GENERALES,SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE PSIQUIATRIA ASESORÍA EN NUTRICIÓN, Y ALIMENTACION SALUDABLE EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN, ASEO DIARIO, LOSARTAN 100MG CADA DIA , AMLODIPINO 5MG CADA DIA SIGNOS DE ALARMA. CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DEPRESION SE INDICA REFERENCIA A SERVICIO DE PSIQUIATRIA PARA VALORACION Y TRATAMIENTO ESPECIALIZADO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	F412		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-24	11:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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

