

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AVEIGA	VERDUGA	LETTY GEOCONDA	04	03	1961	64 años, 0 meses, 27 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303445843	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CDLA GONZALEZ y	098-433-5536 / (05)-236-0021
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	1303445843	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	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

☐

REFERENCIA
INVERSA

3. Resumen del cuadro clínico

FEMENINA DE 64 AÑOS CON ANTECEDENTES CLINICOS DE DISCAPACIDAD AUDITIVA DEL 52%, HIPERTENSION ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100 MG QD, DIABETES MELLITUS EN TRATAMIENTO CON METFORMINA 1000 MG QD, TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN SEGUIMIENTO CON PSIQUIATRIA Y TRATAMIENTO CON QUETIAPINA 100 MG QD, CONEXINA 50 MG QD, Y EZOPLICON 2 MG QD EN NOCHES, PACIENTE CON PERDIDA DE SEGUIMEINTO CON PSIQUIATRIA ACUDE CON REFERENCIA INVERSA PARA ESPECIALIDAD, SE SOLICITA VALORACION

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-31	10:42	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2025-03-31	10:42	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

