

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PARRAGA	LOOR	CRUZ CATALINA	04	05	1953	72 años, 8 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1303569014	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	LA VENTURITA y	099-539-6227 /
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	1303569014	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO		Consulta externa	Psiquiatría	2026	01	13
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

MUJER 72 AÑOS, CON APP DE ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA 20 GOTAS BID, QUETIAPINA 300MG QD, HTA EN TRATAMIENTO CON LOSARTAN 50MG QD, DURANTE CONSULTA SE ENCUENTRA PACIENTE ACTIVA, COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO, AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA, SIN EMBARGO, CUIDADORA REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA DESDE HACE VARIOS MESES EXACERBACION DE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO AUMENTO DE AGRESIVIDAD, DUERME CON ARMAS BLANCAS, DELIRIO DE PERSECUSION, ALUCINACIONES MAYORMENTE NOCTURNAS, PRESENTA INSOMNIO DIARIAMENTE Y EN OCASIONES HA LLEGADO A ESCAPARSE POR VARIOS DIAS, NO REALIZA TAREAS DEL HOGAR, NI LLEVA CUENTAS, PRESENTA HOSTILIDAD LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO, APATIA Y FAMILIAR REFIERE QUE SE LE DIFICULTA ADMINISTRAR LA MEDICACION (PACIENTE NO COLABORA AL TOMAR POR LO QUE TIENE QUE OCULTAR LA MEDICINA EN ALIMENTOS O BEBIDAS). HOY ALERTA Y HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-13	13:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-01-13	13:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	