

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	PARRAGA	LILIA MERCEDES	23	09	1961	64 años, 2 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	1303988602	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CORDOVA y PEDRO GUAL	096-058-5813 /
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	1303988602	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PORTOVIEJO	Consulta externa	Psiquiatría	2025	12	19
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 asiste a consulta por demanda, refiere que tiene pensamiento de desconfianza con sospecha irracional y persistente desde hace años, situación que en la actualidad afecta mucho a su diario vivir, problemas con la familia, tiene aislamiento social como mecanismo de defensa, paciente muestra grado de paranoia. paciente con alteración en el sueño.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

alteración en el sueño y paranoide en evolución

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSOMNIO NO ORGANICO	F510		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-19	08:50	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

Firmado electrónicamente por:
**KARINA RAMONA
PALACIOS ORDOÑEZ**
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-12-19	08:50	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	