

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRANZA	VELASQUEZ	YANIS YADANIA	20	06	1962	64 años, 0 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304354010	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE MERCEDES y ROCAFUERTE	096-936-7482 /
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	1304354010	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	07	09
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 FEMENINA DE 64 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A LA UNIDAD DE SALUD POR PRESENTAR EPISODIOS RECURRENTES DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. REFIERE ANTECEDENTE DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO POR SALUD MENTAL; SIN EMBARGO, MANIFIESTA QUE EN LOS ÚLTIMOS MESES NO HA MANTENIDO CONTROLES MÉDICOS REGULARES NI SEGUIMIENTO POR LA ESPECIALIDAD. DURANTE EL INTERROGATORIO REFIERE PERSISTENCIA DE SÍNTOMAS CARACTERIZADOS POR TRISTEZA, PREOCUPACIÓN EXCESIVA, NERVIOSISMO, DISMINUCIÓN DEL INTERÉS POR LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS, ALTERACIÓN DEL SUEÑO Y MALESTAR EMOCIONAL, SIN PRECISAR DESENCADENANTE ESPECÍFICO. SE SOLICITA REEVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0991568330.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	F411		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	14:01	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-07-09	14:01	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	