

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	SANCHEZ	JORGE EDISON	08	03	1964	60 años, 7 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304568874	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN PABLO SITIO PUEBLO NUEVO y	099-443-6463 /
Ver instructivo	Describir Pais	Cédula 10 digitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo			Distrito/Area	
MSP	1304568874	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Psiquiatría	2024	10 10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud			Servicio	Especialidad	día	mes año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

se realiza seguimiento, por presentar crisis de ansiedad, insomnio desde hace varios años, adjudica su problema al covid -19 mas desempleo, actualmente recién ingreso a trabajar, presenta sintomatología de somatización, síntomas con dificultad para respirar, afecciones físicas y siempre esta atribuyendo a que tiene algo mas.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

insomnio, crisis de ansiedad , cambios de humor y decaimiento

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSOMNIO NO ORGANICO	F510		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-10	10:45	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

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
2024-10-10	10:45	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	