

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MANTILLA	MERA	MERIDA LEONOR	03	11	1961	63 años, 3 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1304684549	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CUCUY y	099-061-2354 /
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	1304684549	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	02	14
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 FEMENINO DE 63 AÑOS APP HIPERTENSION LOSARTAN 50 MG DEPRESION Y ANSIEDAD DE LARGA DATA SE MEDICA CON SERTRALINA DE 50 QUETIAPINA DE 25 APF MAMA HIPERTENSA CIRUGIAS: QUISTE MAMARIO 3 VECES CESAREA HACE 33 AÑOS ALERGIAS NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE SENTIRSE CON DEPRESION ANSIEDAD Y TRISTEZA GENERALIZADA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE NORMOCEFALICA SIN PRESENCIA DE ADENOPATIAS CAMPOS PULMONARES VENTILADOS RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NO SOPLOS ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACION EXTREMIDADES SIMETRICAS NO EDEMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO FOBICO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	F409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-14	09:36	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-02-14	09:36	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	