

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	QUINTERO	AUGUSTO SANTIAGO	01	01	1958	68 años, 5 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305153999	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	099-089-3916 / (99)-999-9999
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	1305153999	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	06	23
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 MASCULINO DE 65 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN TRATAMIENTO CON LOSARTÁN 50 MG/DÍA. REFIERE ANTECEDENTES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DIAGNOSTICADOS HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS, SIN SEGUIMIENTO ACTUAL POR ESPECIALIDAD. ACUDE A CONSULTA SOLICITANDO VALORACIÓN POR PSIQUIATRÍA. DURANTE LA ENTREVISTA SE EVIDENCIAN SIGNOS Y SÍNTOMAS COMPATIBLES CON EPISODIO DEPRESIVO, PRESENTANDO LLANTO FÁCIL, PREOCUPACIÓN EXCESIVA, ANGUSTIA Y TEMOR PERSISTENTE RELACIONADOS CON EL ESTADO DE SALUD DE SU ESPOSA, QUIEN PADECE DIABETES MELLITUS Y NO MANTIENE ADECUADA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, ASÍ COMO POR SITUACIONES FAMILIARES RECIENTES. POR PERSISTENCIA DE SINTOMATOLOGÍA AFECTIVA Y ANTECEDENTE DE TRASTORNO ANSIOSO-DEPRESIVO, SE SOLICITA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y AJUSTE TERAPÉUTICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	F412		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	13:36	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-06-23	13:36	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

