

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	CEDEÑO	ALCIDES EDILIO	17	06	1965	61 años, 0 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1305893230	MANABI	CHONE	SANTA RITA	NR y	098-163-0821 /
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	1305893230	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	06	24
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 DE 61 AÑOS DE EDAD , ES ATENDIDO POR CUADRO CLÍNICO DE INSOMNIO CRÓNICO, REFERIDO POR DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO Y/O DESPERTARES NOCTURNOS FRECUENTES DE EVOLUCIÓN PROLONGADA, ASOCIADO A SUEÑO NO REPARADOR Y FATIGA DIURNA, SIN OTROS SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS AGUDOS REFERIDOS. AL EXAMEN FÍSICO SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, ALERTA, ORIENTADO/A EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, AFEBRIL, MUCOSAS HÚMEDAS, SIN SIGNOS DE COMPROMISO CARDIORRESPIRATORIO AGUDO, TÓRAX SIMÉTRICO CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO SIN RUIDOS SOBREADREGADOS, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS SIN SOPLOS, ABDOMEN BLANDO Y DEPRESIBLE, EXTREMIDADES SIN EDEMA NI ALTERACIONES EVIDENTES, Y EXAMEN NEUROLÓGICO BÁSICO SIN DÉFICIT AGUDO MANIFIESTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS]	G470		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-24	20:01	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

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
2026-06-24	20:01	Medicina Rural	HELEN SORAIDE ZAMBRANO ACOSTA	1314644178	

