

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	VERIS TEMISTOCLES	15	08	1971	53 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	1306196690	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	14 DE AGOSTO y	096-322-0040 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	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	1306196690	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4
Refiere o Deriva a:						Fecha	
Red Complementaria	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	02	06
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

PACIENTE ACUDE POR CONTROL MEDICO, TIENE PENDIENTE UNA RESONANCIA PERO ESTA METIDO EL PROCESO... NO ES HTA DIABETES ADEMÁS REFIERE DOLOR EN HEMICUERPO DERECHO... PESE EN LO PERSONAL NO QUIERE SALIR DE LA CASA TIENE UN PROBLEMA MENTAL DE DEPRESIÓN ANSIEDAD Y AMERITA PSICOLOGÍA PARA VER SI EN LO POSTERIOR NECESITA PSIQUIATRIA... YA ESTA CON OTORRINONARINGOLOGIA Y SE LE COMIENZA QUETIAPINA... SE INSTAURO QUETIAPINA PERO REFIERE QUE LE HACE DAÑO...
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE SE ENVÍA A SU EVALUACIÓN...

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-06	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE	L42 F40 N119	 Firmado electrónicamente por: LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE

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
2025-02-06	10:44	Medicina Familiar Y Comunitaria	LEONARDO FABIAN ARTEAGA TAIBE	L42 F40 N119	

