

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALLAROZO	CEDEÑO	ERMA CESIBEL	10	07	1971	54 años, 0 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1306243716	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA HIDALGO y	097-876-1694 /
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	1306243716	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	07	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 54 AÑOS, APP: DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL 65 %, EPILEPSIA (AC. VALPROICO 400 MG, CARBAMAZEPINA 400 MG), AQX: 2 CESAREAS+ LIGADURA, AGO: 2GP0C2, ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE HIJA LA CUAL AL MOMENTO REFIERE CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR CONTRACTURA DE DEDOS DE LOS PIES, GENERA DOLOR A TAL PUNTO QUE DIFICULTA CAMINATA DE PACIENTE. HIJA REFIERE QUE ES PROVOCADO POR LA MADRE DICHA CONTRACTURA, A LA VEZ MENCIONA EPISODIOS RECIENTES DE AGRESIVIDAD, IDEAS PERSECUTORIAS Y ALUCINACIONES AUDITIVAS IMPERATIVAS POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A PSIQUIATIRA. AL EXAMEN FISICO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-14	10:17	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-07-14	10:17	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

