

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MIRANDA	SANTA PURIFICACION	13	02	1972	53 años, 1 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	1306259688	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MANUEL DE JESUS ALVAREZ y MERCEDES	098-052-6196 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1306259688	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Psicología Clínica	2025	03	24
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

F 53A. APP: HTA. APF: HTA. APQX: CESAREA (25A) + APENDICECTOMIA (2A). AA: NR. MEDICACION HABITUAL: LOSARTAN 50MG. ACUDE POR PALPITACIONES NOCTURNAS DE APROXIMADAMENTE 5-10 MINS, NERVIOSISMO, FALTA DE CONCILIACION DEL SUEÑO, CEFALEA DE INTENSIDAD 4/10. EPISODIOS OCURREN 1 VEZ POR SEMANA. AL EX. FISICO SE OBSERVA LESION PRURIGINOSA EN PIEL LOCALIZADA EN CARA LATERAL DE MIEMBRO INFERIOR IZQ. DE BORDES IRREGULARES, DESCAMACION E HIPERPIGMENTACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PALPITACIONES	R002	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-24	15:42	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDENO	0926030594	

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
2025-03-24	15:42	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDENO	0926030594	