

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ALVAREZ	MARIA FERNANDA	12	12	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	1307177749	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CHONE y	099-511-6448 /
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	1307177749	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	01	23
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	☐	TRASTORNOS MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 53 AÑOS CON APP: ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS, APF: NO REFIERE, AQX: 3 CESAREAS + HISTERECTOMIA, COLECISTECTOMÍA Y OSTEOSÍNTESIS EN HÚMERO IZQUIERDO. ACUDE POR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR MAREO, NAUSEAS QUE NO LLEGAN AL VÓMITO, PALPITACIONES, PARESTESIAS EN MANOS Y PIES, LLANTO FACIL, DISNEA, SENSACION DE MUERTE INMINENTE DE 3 HORAS DE EVOLUCIÓN, PACIENTE REFIERE ESTAR EN TRATAMIENTO CON PSIQUIATRIA HACE MAS UN AÑO PERO HA PERDIDO SEGUIMIENTO CON ESPECIALIDAD. PACIENTE REFIERE QUE SÍNTOMAS SE HAN ACENTUADO LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, PRESENTANDOSE HASTA MIEDO DE SALIR DE CASA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PACIENTE ALTERADA, LLANTO FACIL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-23	14:09	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

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
2026-01-23	14:09	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

