

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ALVAREZ	MARIA FERNANDA	12	12	1972	53 años, 4 meses, 22 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	05	04
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	☐	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA DE 53 AÑOS CON AQX: 3 CESAREAS + HISTERECTOMIA, COLECISTECTOMÍA Y OSTEOSÍNTESIS EN HÚMERO IZQUIERDO, APP: ARTROSIS Y OSTEOPOROSIS, TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO Y ANSIEDAD Y DEPRESIÓN QUE CURSABA SEGUIMIENTO CON LA ESPECIALIDAD PSIQUIATRÍA EN HOSPITAL. ACTUALMENTE CURSA CUADRO AFECTIVO CARACTERIZADO POR SINTOMAS ANSIOSOS Y DEPRESIVOS GRAVES, EXACERBADOS DEBIDO A FALLECIMIENTO DE FAMILIAR EN CONTEXTO DE UNA ENFERMEDAD PSIQUIATRICA: HIPOTIMIA, LABILIDAD EMOCIONAL, ANSIEDAD CON SINTOMAS SOMATICOS, REFIERE PERDER CONTINUIDAD CON ESPECIALIDAD DEBIDO A QUÉ MÉDICO ESPECIALISTA NO PUDO DAR MÁS TURNOS CONSECUENTES POR ENDE NECESITA NUEVA REFERENCIA A ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-04	08:45	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
2026-05-04	08:45	Medicina Rural	JORGE ISSAC ZAMBRANO ARAGUNDI	1316743176	

