

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOPEZ	CALDERON	EMELY FERNANDA	27	03	1977	48 años, 7 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307247450	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA SIXTODURAN BALLEN y CALLE LAS ORQUIDEAS	099-611-0383 /
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	1307247450	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría	2025	11	05
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 CON APP: DE ALTERACIONES NERVIOSAS (SÍNDROME DE TOURET), ESQUIZOFRENIA, TRASTORNO BIPOLAR, ESTA EN TRATAMIENTO CON QUETIAPINA, HALOPERIDOL, RIVOTRIL. ACUDE A CONSULTA PARA REVISION DE EXTUDIOS COMPLEMENTARIOS GLUCOSA 107.7, COLESTEROL 227.0, TRIGLICÉRIDOS 195.5 MG/DL. ADEMAS PRESENTA MASA EN CUELLO NO DOLOROSA QUE HA VENIDO CRECIENDO PAULATINAMENTE, PACIENTE REFIERE 3 SEMANAS CAMBIANDO HABITOS ALIMENTICIOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRASTORNO PSIQUIATRICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, EPISODIO HIPOMANIACO PRESENTE		F310		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-05	09:58	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308	 Firmado electrónicamente por: MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO Validar únicamente con FirmaBC

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
2025-11-05	09:58	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	