

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	VELEZ	KELY JASENNIA	07	06	1973	52 años, 6 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307388353	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	KM 1 Y MEDIO VIA A QUIROGA y KM 1 Y MEDIO VIA A QUIROGA	098-933-2719 /
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	1307388353	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	12	10
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 clinico

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE TIROIDITIS DE HASHIMOTO PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LEVOTIROXINA 50MCG VO QD, FIBROMIALGIA PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO ACTUAL CON PREGABALINA 75MG VO QD , CURSA CON CUADRO CLINICO DE EVOLUCION CRONICA CARACTERIZADO POR TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO ACTUAL CON CLONAZEPAM 10 GOTAS AL DIA, REFIERE QUE PRESENTA CRISIS CONTINUAS DE NERVIOSISMO, ADEMAS DE ASTENIA INTENSA, IDEAS QUE SE PRESENTAN DIARIAMENTE COMO NO DESEOS DE VIVIR, NIEGA IDEAS SUICIDAS, NIEGA INTENSTOS DE AUTOMUTILACION, PRESENTA ADEMAS DIFICULTAD PARA CONCILIAR Y MANTENER EL SUEÑO.

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
2025-12-10	14:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-10	14:12	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	