

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OSTAIZA	LOOR	FRELLA MARIA	18	07	1971	54 años, 10 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1307896538	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ATRAS DE SUBCENTRO SANTA RITA y CASA DOS PLANTAS COLOR AMARILLA	098-956-8010 / (00)-000-0000
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	1307896538	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	05	27
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 DE 54 AÑOS, APP: DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DEL 51%, HIPOTIROIDISMO. AQX: TIROIDECTOMIA (HACE 15 AÑOS), AA: NIEGA. ACUDE A ESTA CASA SALUD ACOMPAÑADA DE FAMILIAR EL CUAL SOLICITA REFERENCIA A PSIQUIATRIA YA QUE MENCIOA ANTECEDENTE DE ESQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTO IRREGULAR CON RISPERIDONA, SIN CONTROLES POR ESPECIALIDAD DESDE HACE VARIOS AÑOS. FAMILIAR REFIERE CAMBIOS RECIENTES DE ÁNIMO, IRRITABILIDAD, AISLAMIENTO SOCIAL, ESCASA COMUNICACIÓN Y ACTITUD POCO COLABORATIVA EN EL ENTORNO FAMILIAR. DURANTE LA VALORACIÓN SE EVIDENCIA PACIENTE PARCIALMENTE COLABORADORA, CON AFECTO IRRITABLE, ESCASO CONTACTO VISUAL Y POBRE ADHERENCIA AL SEGUIMIENTO TERAPÉUTICO. DEBIDO A ANTECEDENTE PSIQUIÁTRICO Y DESCOMPENSACIÓN CONDUCTUAL ACTUAL, SE CONSIDERA NECESARIA VALORACIÓN Y CONTROL POR ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA PARA REEVALUACIÓN CLÍNICA, AJUSTE DE TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-27	08:10	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-05-27	08:10	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

