

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	VARGAS	VIVIANA MONSERRATE	28	01	1978	47 años, 2 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308514437	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	MERCEDES y 7 DE AGOSTO	096-846-9195 / (05)-236-0236
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	1308514437	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psicología Clínica	2025	03	28
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 clínico

PACIENTE DE 46 AÑOS CON APP: NO REFIERE, APF: DM (PAPA), ACUDE CON CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR EPISODIO DE SENSACIÓN DE OPRESIÓN TORACICA, FALTA DE AIRE, NAUSEAS, TEMBLOR EN MANOS, DIAFORESIS HACE 2 SEMANAS. PACIENTE CONTINÚA CON SENSACIÓN EN PRESIÓN EN EL PECHO, FALTA DE AIRE, EN EPISODIOS AISLADOS, REFIERE DESPERTARES NOCTURNOS. PACIENTE REFIERE QUE SE QUEDÓ SIN TRABAJO HACE 2 MESES, TENIENDO LEVE PREOCUPACIÓN ESTOS ULTIMOS DÍAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA LEVE LESIÓN EN PIE DERECHO, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0991307324 // 0991906938

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	F419		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-28	16:07	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-03-28	16:07	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	