

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	ZAMBRANO	MARIA VIVIANA	29	08	1987	37 años, 7 meses, 5 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308840006	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	N y	000-000-0000 /
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	1308840006	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	04	03
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 37 AÑOS DE EDAD, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD CON CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR LLANTO FÁCIL, INAPETENCIA, SENSACIÓN DE TEMBLOR EN TODO EL CUERPO, EPISODIOS DEPRESIVOS, INSOMNIO, INAPETENCIA, PERDIDA DE LIBIDO HACE 4 MESES. PACIENTE TAMBIEN REFIERE PROBLEMAS PERSONALES QUE HAN AGUDIZADO SU CUADRO CLÍNICO, REFIERE QUE ESTUVO EN TRATAMIENTO CON PSICOLOGÍA, ADEMÁS REFIERE TOMAR MEDICACIÓN (ZOPICLONA) SIN MEJORÍA DE SÍNTOMAS. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PACIENTE CON LLANTO FÁCIL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUADRO ANSIOSO DEPRESIVO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-04-03	09:16	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
2025-04-03	09:16	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	