

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FLECHER	TRIVIÑO	LUIS ANTONIO	27	02	1969	57 años, 4 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1308904570	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VARGAS PAZZOS y	098-502-3502 /
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	1308904570	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	06	29
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

LUIS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 70% REFIERE EL FAMILIAR QUE HACE 2 MESES PERDIÓ VISIÓN BILATERAL, TIENE ANTECEDENTE DE HIPERTENSION ARTERIAL FAMILIAR REFIERE QUE TIENE 2 MESES CON IRRITABILIDAD, AGRESIVIDAD, CAMBIOS EN EL ESTADO DE ANIMO, TIENDE A LLORAR Y SE DEPRIME, MANIFIESTA QUE HAY INSOMNIO, QUE VE MONSTRUOS QUE LO SIGUEN Y QUE NO QUIERE DORMIR EN SU CUARTO, DURANTE LA ATENCION CON HIPOACUSIA BILATERAL, LEVE PERO LOGRA COMUNICARSE REFIERE QUE LE DUELEN LOS OJOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AGRESIVIDAD, LLANTO FÁCIL, INSOMNIO, VISIÓN ALTERADA, MENCIONA QUE VE COSAS INEXISTENTES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR, NO ESPECIFICADO	F319		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-29	10:17	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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 clínico

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
2026-06-29	10:17	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	