

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO							
MSP	1246	CS TOSAGUA	C	1309041281	1309041281							
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
SANCHEZ	GARCIA		ALEX		SAUL	H	21/01/1980	45	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		☐	MOTIVO			
0980211520-0983371685		SEGURO GENERAL							6. Problemas de abastecimiento.			
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL									7. Insuficiencia de profesionales.			
PROVINCIA	CANTÓN	PARROQUIA							8. Inadecuada capacidad resolutive			
MANABÍ	TOSAGUA	TOSAGUA							9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			
									X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA	CONSULTA EXTERNA	PSIQUIATRÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 45 AÑOS DE SEXO MASCULINO ASISTE A CONSULTA CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, PACIENTE QUE PRESENTA: FATIGA, ESTRÉS, INTRANQUILIDAD, TAQUICARDIA, DESPERSONALIZACIÓN, TEMBLOR EN LAS MANOS, TRASTORNOS DEL SUEÑO PENSAMIENTOS AUTOLÍTICOS Y PENSAMIENTOS RUMIANTES SOBRE LA CON ESTA SINTOMATOLOGÍA DESDE LA SEPARACIÓN DE SU EX ESPOSA Y MADRE DE SUS HIJOS HACE APROXIMADAMENTE 10 AÑOS, MANIFIESTA TENER CONDUCTAS CONTROLARLAS ACTUALMENTE SE ENCUENTRA SIN MEDICACIÓN Y TRATAMIENTO PSIQUIATRICO.

PSICOTERAPIA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	F411	X		4.			
2.					5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
15/10/2025	10:00:00 a. m.	CRISTOFER	CONFORME	LUCAS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		SELLO		
1314489640				

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO	
CONTRAREFERENCIA	☐			REFERENCIA INVERSA	☐		

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO