

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	UNICÓDIGO 1341	ESTABLECIMIENTO DE SALUD San Bartolo	TIPOLOGÍA A	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA 1309257440	NÚMERO DE ARCHIVO
PRIMER APELLIDO Arteaga	SEGUNDO APELLIDO Delgado	PRIMER NOMBRE Carlos	SEGUNDO NOMBRE Xavier	SEXO H	FECHA NACIMIENTO 24/11/1984
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) 0981783351		REFERENCIA H	EDAD 33		
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL Provincia: Manabí, Cantón: Bolívar, Parroquia: Calcuta		MOTIVO ☐ 1. Accesibilidad geográfica ☐ 2. Falta de espacio físico ☐ 3. Falta de equipamiento ☐ 4. Equipos en mal estado ☐ 5. Problemas de infraestructura ☐ 6. Problemas de abastecimiento ☐ 7. Insuficiencia de profesionales ☐ 8. Inadecuada capacidad resolutive ☒ 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA MSP	ESTABLECIMIENTO DE SALUD Hospital Abasco D.	SERVICIO Consulta Externa	ESPECIALIDAD Psiquiatría
--------------------------------	--	------------------------------	-----------------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente que antecedente presunto de ansiedad y depresión en seguimiento por psicología donde donde se interconsulta por presunta planificación parental y requiere valoración por especialidad.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E. DIAGNÓSTICO

	PRE- PRESUNTIVO	DEF- DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	Presunto mixto de ansiedad y		F41.2	X		4.			
2.	depresión					5.			
3.						6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd) 2025/02/19	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE Gabriel	PRIMER APELLIDO Intriago	SEGUNDO APELLIDO Zambrano
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN 7370605587	FIRMA Intriago Zambrano Gabriel	Dr. Gabriel Intriago Zambrano ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA Reg. MSP 1310605587 Vot. SENSOT 1027-2022-244488		

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	TIPOLOGÍA	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