

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	MERA	ROSA ISMELDA	10	06	1977	47 años, 7 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309525499	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ITALO COLAMARCO y	098-039-8361 /
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	1309525499	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría	2025	02	07	
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 asiste a consulta con aspecto general acorde a la edad y sexo, aliñado, vestimenta apropiada para la situación actual, con facie normal, tono de voz normal y actitud colaborador, es capaz de orientarse en las tres esferas. Refiere en el 2013 presente crisis de ansiedad, refiere sentía un nudo en la garganta, no durmió por dos meses, no se alimentaba, lloraba desde ese entonces se encuentra con tratamiento medicamentoso quetiapina y clonazepam los tratamientos han sido privados en la ciudad de santo domingo. Actualmente refiere que en ocasiones tiene alucinaciones auditivas, tiene pensamientos suicidas. AP. HTA, AF: HTA, HERMANA MENOR CON RETRASO MENTAL. Vive con su esposo y sus seguro trabaja en oficio doméstico.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

paciente con tratamiento medicamentoso por presenta crisis de ansiedad y episodio depresivo acompañado en la actualidad de alucinaciones auditiva.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, NO ESPECIFICADO	F339	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-07	13:15	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

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
2025-02-07	13:15	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

