

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANDRADE	SOLEDISPA	JHON DANILO	11	10	1979	46 años, 7 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309916748	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SALINAS 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	1309916748	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Psiquiatría	2026	05	20	
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

USUARIO QUE ACUDE POR REFERIR ANIEDAD, MIEDO, PREOCUPACIÓN GRAN DIFICULTAD DE DORMIR SITUACIONES ACAECIDAS PRODUCTOS DE AMENAZA RECIBIDAS EN SU TRABAJO (GUARDIA DE SEGURIDAD EN LA CARCEL) REFIERE QUE VARIOS COMPALEROS DE TRABAJO QUE RECIBIERON ESTAN AMENAZAS HA FALLECIDOS PRODUCTOS DE ATAQUES ARMADOS (CON ARMAS DE FUEGO) LO CUAL REPERCUTE DE MANERA DIRECTA EN SUS ESTADOS DE ANIMO CREANDOLE MAYOR PREOCUPACIÓN LO CUAL INFLUYE EN QUE SOCIALMENTE NO ACUDE A LUGARES PÚBLICOS O REUNIONES CON FAMILIARES O AMOGOS POR TEMOR A SER VICTIMA DE ATAQUES ARMADOS , TODA ESTA SITUCAIÓN DERIBA EN QUE EL USUARIO EN LA ACTUALIDAD NO LOGRE DORMIR DE MANERA REGULAR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE ESTRES POSTRAUMATICO	F431		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	12:54	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ

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
2026-05-20	12:54	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	