

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	INTRIAGO	SARITA XIMENA	14	02	1979	46 años, 1 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310014400	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	7 DE AGOSTO y COLON	098-412-1865 /
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	1310014400	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA	Consulta externa	Psiquiatría	2025	03	27	
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

USUARIA QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (MAMÁ) A SEGUNDA CONSULTA PARA EVALUACIÓN EN EL ÁMBITO DE DISCAPACIDAD, REFIERE QUE EN EL AÑO 2020 EMPIEZA A PRESENTO ALUCINACIONES VISUALES U AUDITIVAS, SEGUN REFIERE QUE ESTA SITUACIÓN EMPIEZA EN TIEMPOS DE PANDEMIA , NO RECONOCÍA A SUS FAMILIARES, PRESENTABA AGRESIÓN A QUIENES LA RODEABAN O AUTOAGRESIÓN, SALIA DE SU CASA SIN RUMBO, ES LLEVADA A CONSULTA MÉDICA PARTICULAR EN LA CIUDAD DE QUITO DONDE MEJORA PARCIALMENTE YA QUE SEGUN MENCIONA PERSISTEN SÍNTOMAS, CONTINUA CON TRATAMIENTO HASTA LA FECHA, EL DÍA DE HOY TRAE ANEXO 2 EN EL CUAL SE DIAGNOSTICA: TRASTORNO DELIRANTE PERSISTENTE EMITIDO POR LA DRA LOPEZ ARISTICA LIDIA PERO DICHA PROFESIONAL NO TIENE REGISTRO DEL ACESS.- POR LO CUAL SE REALIZA REFERENCIA A LA PACIENTE PARA OTRA CASA DE SALUD PARA QUE SEA ATENDIDA POR UN PSIQUIATRA QUE ESTE REGISTRADO Y PUEDA EMITIR EL ANEXO 3 DOCUMENTO HABILITANTE PARA LA CALIFICACION COMO LO DESCRIBE EL ACUERDO MINISTERIAL 00227-2023 ART. 7 DE LOS REQUISITOS GENERALES PARA LA CALIFICACION; LITERAL D) POR LO QUE SE REALIZA LA ATENCION INTEGRAL Y SE EXPLICA AL FAMILIAR Y PACIENTE DE LA SITUACION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DELIRANTE PERSISTENTE, NO ESPECIFICADO	F229		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-27	10:26	Psicología Clínica	MARIA YANIRA CANDELA ZAMBRANO	1717556763	 Firmado electrónicamente por: MARIA YANIRA CANDELA ZAMBRANO

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
2025-03-27	10:26	Psicología Clínica	MARIA YANIRA CANDELA ZAMBRANO	1717556763	

