

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	COBOS	ROSA BEATRIZ	30	08	1979	46 años, 3 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1310170020	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y MARIA AUXILIADORA	098-691-2190 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1310170020	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	12	23
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 FEMENINA DE 45 AÑOS APP NR APF NR AQX CESAREA HACE 20 AÑOS ALERGIAS NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE ACUDE A CONSULTA POR PREOCUPACIONES, SENSACION DE PALPITACION NO LOGRA CONCILIAR EL SUEÑO DESDE EL ACCIDENTE DE SU FAMILIA DONDE FALLECIO SU ESPOSO Y SU HIJO GRAVEMENTE HERIDO. EVIDENTE CRISIS DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN MUY INTENSAS, PACIENTE ALCOHOLICA Y CONSUMIDORA EN EL PASADO, DESPUES DE ABADONAR DICHAS SUSTANCIAS SU ANSIEDAD HA AUMENTADO Y HA GANADO PESO DEBIDO A QUE POR ANSIEDAD SOLO QUIERE COMER. PACIENTE REFIERE QUE PRESENTA LEUCORREA BLANQUINOSA, PRURITO INTENSO Y ARDOR EN ZONA INTIMCA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INSOMNIO DE LARGA DATA, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION		F412		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-23	12:07	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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