

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BAZURTO	FALLAIN	MARIUXI VERONICA	14	04	1981	43 años, 10 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	1310289739	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	IGNACIO ANDRADE y	096-800-1708 /
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	1310289739	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	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

Paciente asiste a consulta con aspecto general acorde a la edad y sexo, aliñado, vestimenta apropiada para la situación actual, con facie apática, tono de voz normal y actitud colaboradora, es capaz de orientarse en las tres esferas, paciente refiere que viene a consulta porque tiene crisis de ansiedad desde hace 2 años presentando síntomas de:falta de oxígeno, dificultad para respirar, desvanecimiento, náuseas esporádica, sudoración, taquicardia y temor a morir, atribuye su problema desde el fallecimiento de un tío muy allegado por infarto , paciente con característica de presencia de crisis recurrentes de ansiedad grave (pánico) no limitadas a ninguna situación o conjunto de circunstancias, presenta cambios de humor notable en consulta muestra llanto, temblor en las manos e impotencia .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

crisis recurrente de ansiedad.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE PANICO [ANSIEDAD PAROXISTICA EPISODICA]	F410	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-27	14:09	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
2025-02-27	14:09	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

