

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO						
MSP		1245	CENTRO DE SALUD CARLOS MORALES		C	1311803702		1311803702						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
INTRIAGO		MOREIRA		SILVIA		KATHERINE		M	13/6/1983	41	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)					REFERENCIA	X	DERIVACIÓN							
0999314365 0983084913					1. Accesibilidad geográfica.				MOTIVO					
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					2. Falta de espacio físico.				6. Problemas de abastecimiento.					
PROVINCIA		CANTON		PARROQUIA		3. Falta de equipamiento.		7. Insuficiencia de profesionales.						
MANABI		JUNIN		JUNIN		4. Equipos en mal estado.		8. Inadecuada capacidad resolutive						
					5. Problemas de infraestructura.				9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios		X			

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO		ESPECIALIDAD	
MSP		HOSPITAL NAPOLEON DAVILA		CONSULTA EXTERNA		PSIQUIATRIA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

ADULTA CON CUADRO CLINICO DE DOLOR EN REGION DE TORAX ANTERIOR SIN DIAGNOSTICO POR CARDIOLOGIA CON ANTECEDENTES DE PERDIDA DE PADRE Y HERMANO, VIVE CON ANGUSTIA Y DESESPERANZA CON LLANTO FACIL MIENTRAS HABLA. MANIFIESTA PROBLEMAS EN EL MANTENIMIENTO Y CONCILIACION DEL SUEÑO. NO IDEACION. IRRITABILIDAD Y CAMBIOS DE HUMOR. SIN APOYO DE TERCEROS POR OMISION DE CUADRO ANTE FAMILIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

HEMATIES 3.43 LEU 9.8 HB 10.2 NEU 60% LINFOCITOS 37% PLT 290

GLUCOSA 70 COLESTEROL 191 TRIG 80 ACIDO URICO 4.5 UREA 32.5 CREATININA 0.86 LDL 110 TGO 6 TGP 5

ACTUALMENTE EN REPOSICION FERRICA POR ANEMIA MODERADA

E. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	F412		X	4.			
2.	TRASTORNO DEL INICIO Y MANTENIMIENTO DEL SUEÑO	G470		X	5.			
3.					6.			

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2025-02-21	14H00	MARGARITA		QUIROZ		GILER	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	
1309650404							

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		NO	
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA					

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO	

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

	PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF		CIE	PRE	DEF
1.					4.			
2.					5.			
3.					6.			

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA				SELLO	