

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		NÚMERO DE ARCHIVO\131216041						
MSP		1246	CS. TOSAGUA		C	1312223645		1312223645						
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
BAILON		PANTA		NANCY		DOLORES		F	1984-11-19	41	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN								
0981740288/ 0959561405				X										
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA		MOTIVO								
MANABÍ		TOSAGUA		TOSAGUA		1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura.		6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						

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

PACIENTE DE 41 AÑOS CON ANTECEDENTE DE TRASTORNO DE ANSIEDAD, EN TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO. DESDE HACE VARIAS SEMANAS PRESENTA EPISODIOS RECURRENTE CARACTERIZADOS POR PALPITACIONES/TAQUICARDIA, SENSACIÓN DE DISNEA, PARESTESIAS EN EXTREMIDADES, SENSACIÓN INTENSA DE MIEDO Y ANGSTIA, CEFALEA, TEMPLOR GENERALIZADO, ELEVACIONES TRANSITORIAS DE LA PRESION ARTERIAL Y DIAFORESIS FRIA. EL CUADRO CLINICO ES COMPATIBLE CON CRISIS DE ANSIEDAD/PANICO, POR LO QUE SE RECOMIENDA CONTINUAR VALORACION CLINICA INTEGRAL PARA DESCARTAR ETIOLOGIA ORGANICA ASOCIADA Y DAR SEGUIMIENTO POR PSIQUIATRIA.

1	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	F411	X		4		
2			X		5		
3					6		

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
02/07/2026	10:30:00 P. m.	IVAN	SOLORIZANO	VERA
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA Firmado electrónicamente por:		SELLO	
131173337-0				

REFERENCIA JUSTIFICADA			SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA			SI	NO
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA			

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

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

1.				4.			
2.				5.			
3.				6.			

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