

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	SAMPEDRO	LINO ANIBAL	20	09	1989	36 años, 8 meses, 23 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312395435	MANABI	CHONE	CONVENTO	CONVENTO y	099-950-4270 /
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	1312395435	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	06	12
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

PAXIENTE MASCULINO DE 36 AÑOS DE EDAD CON APP ANCIEDAD GENERALIZADA TRATADA CON PSICOLOGIA Y MEDICACION Passinerval , VIENE A ESTA CASA DE SALUD POR REFERIR PALPITACIONES Y CEEFALEA DE MODERAD INTENSIDAD CADA VES QUE SE AGITA O HACE EJERCICIO A SU VALORACION SIGNOS VITALES ETABLES AUSCULTACION NORMAL REFIERE QUE AVECES SIENTE MUCHA PREOCAPACION POR LAS ENFERMEDADES QUE PUEDA TENER LE DA ATAQUES DE PANICO CADA VEZ QUE VIAJA A ALGUN LUGAR YA QUE PIENSA QUE LE VA A PASAR ALGO AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE A FEBRIL GLASGOW 15/15 SIENTE GASES METEORISMO Y MALESTAR ESTOMACAL SE LE PRESCRIBE UN ELECTROCARDIOGRAMA DIGERIL Y NEUROBION INTRAMUSCULARES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PANICO CADA VEZ QUE VIAJA O SE ENFERMA
--

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	09:03	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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
2026-06-12	09:03	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	