

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CARRERA	ZAMORA	ROBINSON ALCIDES	13	07	1976	49 años, 10 meses, 27 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312748617	MANABI	JUNIN	JUNIN	CALLE VELASCO IBARRA y CALLEJON 3 DE NOVIEMBRE	000-000-0000 /
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	1312748617	MATERNO INFANTIL CARLOS MORALES LOCKE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	06	09
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 clinico

PACIENTE MASCULINO DE 49 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE RETRASO MENTAL LEVE QUE SE MANTIENE RISPERIDONA EN GOTAS 10 GOTAS AL DIA DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION, A LA VALORACION VEMOS UN PACIENTE AGRESIVO, NO COOPERA, SE MUESTRA MOLESTO, SU MADRE REFIERE QUE EN OCASIONES LE HA LEVANTADO LA MANO, NO CONTROLA ES FINTERES. REFIERE QUE EN OCASIONES HA LLEGADO HASTA 40 GOTAS DE RISPERIDONA PERO EL CUADRO SIGUE IGUAL. MUESTRA POCA ADEHERENCIA AL TRATAMIENTO MEDICO, POR LO QUE SE DECIDE REFERIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE EVIDENCIA AL EXAMEN FISICO AISLAMIENTO, PACIENTE AGRESIVO QUE NO COOPERA CON EL INTERROGATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	F701		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	15:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	

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
2026-06-09	15:51	Medicina Familiar Y Comunitaria	ANGELICA MARIA MERA REYNA	1309015111	