

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MACIAS	SILVIA ASUNCION	13	08	1988	37 años, 7 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312824780	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	AV ESTUDIANTEL y	098-567-7188 /
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	1312824780	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	03	24
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 CON APP DE EZQUIZOFRENIA EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA 2 MG CADA DIA 9 DE LA MAÑANA, PRESENTA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENTA ALUCIONES, DELIRIO, TRASTORNO DEL MANTENIMIENTO Y CONCILIACION DE SUEÑO, COMPORTAMIENTO AGRESIVO, LLANTO FACIL SIN HORARIO NI PERIODICIDAD, PENSAMIENTOS RETROGRADOS (COLEGIO), IDEAS DE SUICIDIO PERSONALES Y A FAMILIARES (MATARSE CON CUCHILLO) PALPITACIONES CONSTANTES. FAMILIAR REFIERE QUE PACIENTE QUE NO QUIERE SEGUIR CONSUMIENDO MEDICACION POR MOTIVO DE QUE INDICA QUE LE HACE DAÑO Y QUE LE PRODUCE MAREO . EXAMEN FISICO: NEUROLOGICO: DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, DETERIORO COGNITIVO GRAVE. MAMA IZQUIERDA : MASA PALPABLE DE MAS O MENOS 5 CM DE DIAMTRO HORAS 2 EN CUADRANTE SUPERIOR DOLOROSA A LA PALPACION PROFUNDA. PLAN FARMACOLOGICO: RESPIRIDONA 2 MG CADA DIA 7 PM, QUETIAPINA 25 MG HORA SUEÑO, VITAMINA E 400 UI TOMAR 1 CAPSULA DIARIA 2 DE LA TARDE. PLAN DX: TOMOGRAFIA CEREBRAL . REFERENCIA A PSQUIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-24	13:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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 clínico

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
2026-03-24	13:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

