

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	ZAMBRANO	VINICIO LEONEL	04	12	1990	34 años, 7 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312857970	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LOS RADISTAS y	099-940-8273 /
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	1312857970	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría	2025	08	01	
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 asiste a consulta con aspecto general acorde a la edad y sexo, aliñado, vestimenta apropiada para la situación actual, con facie normal, tono de voz normal y actitud colaborador, es capaz de orientarse en las tres esferas. Paciente asiste a consulta derivado de unidad operativa, por presentar crisis de ansiedad intensos. Dentro del abordamiento paciente refiere que desde lo 10 años ha presentado crisis de ansiedad, se manifiesta a través de vomito, ganas de llora, sensación de que s ele sube o se baja la presión, sofocación, palidez, ir al baño a cada rato, beber agua a cada rato, refiere que es frecuente las crisis, sobre todo cuando sale de casa, ya que tiene sobre pensamientos negativos.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

crisis de ansiedad frecuente

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	F419		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-01	13:21	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

Firmado electrónicamente por:
KARINA RAMONA
PALACIOS ORDOÑEZ
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-08-01	13:21	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	