

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALAZAR	CHAVEZ	ANGELA ESPERANZA	03	08	1983	42 años, 9 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313292300	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SAN RAMON y SN	099-999-9999 /
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	1313292300	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Psiquiatría	2026	05	07
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 42 AÑOS, SEXO FEMENINO, ACUDE CON SU CUIDADORA INDICA CUIDADORA QUE PACIENTE PRESENTA ALTERACIONES PARA CONCILIAR EL SUEÑO, PACIENTE DIAGNOSTICADA CON CARNET DISCAPACIDAD RETRASO MENTALGRAVE 82%, COMUNICACIÓN LIMITADA, CONDUCTAS DESADAPTATIVAS, AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, MOVIMIENTOS REPETITIVOS, DEPENDE DE TODAS LASA ACTIVIDADES DE SU CUIDADORA, SE DERIVA PSIQUIATRIA PARA SEGUIMIENTO Y ATENCIÓN OPORTUNA. 0963887116

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Entrevista y observación clínica

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO		F711		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-07	10:33	Psicología Clínica	SILVIA INES CAICEDO ZAMORA	1312534991	

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
2026-05-07	10:33	Psicología Clínica	SILVIA INES CAICEDO ZAMORA	1312534991	