

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CEDENO	JACINTO MARCELO	02	07	1990	34 años, 5 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	Pais	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313327205	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN MIGUEL y	888-888-8888 /
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	1313327205	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2024	12	18
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

☐
- TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADO?

☐

3. Resumen del cuadro clinico

MASCULINO DE 34 AÑOS NO SE REFIERE ANTECEDENTES CLÍNICOS O QUIRÚRGICOS, PACIENTE CON CUADRO DE 10 AÑOS DE TRASTORNO DE ANSIEDAD, REFIERE HABER ACUDIDO A PSIQUIATRA QUIEN INDICA TRATAMIENTO POR 3 MESES EL CUAL NO RECUERDA, PACIENTE CON DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, SENSACION CONTINUA DE INQUIETUD Y MIEDO, SE REALIZA ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON, PUNTAJE 37 POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD, NUMERO TELEFONICO: 0990391417 // 0991862344

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON, PUNTAJE 37

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO FOBICO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	F409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-18	09:32	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

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
2024-12-18	09:32	Medicina Rural	JAIRO FABIAN COLAMARCO ZAMBRANO	1310972573	

