

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	MURILLO	JONATHAN RAMON	01	10	1999	26 años, 10 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313392464	MANABI	CHONE	RICAURTE	LA BRAMADORA y	098-369-1177 / (00)-000-0000
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	1313392464	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	08	06
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 MASCULINO DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A LA CONSULTA POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 2 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PRESENTAR SINTOMAS DE SENTIRSE DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL DIA, DISMINUCION DEL INTERES DE REALIZAR AACTIVIDADES NORMALES DEL DIA A DIA, HA PRESENTADO INSOMNIO, FATIGA, PERDIDA DE ENERGIA EN EL DIA, INCAPACIDAD PARA CONCENTRARSE. NO REFIERE ANTECEDENTES PATOLOGICOS, NO REFIERE ALERGIAS . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SINTOMAS DE SENTIRSE DEPRIMIDO LA MAYOR PARTE DEL DIA, DIS MINUCION DEL INTERES DE REALIZAR AACTIVIDADES NORMALES DEL DIA A DIA, HA PRESENTADO INSOMNIO, FATIGA, PERDIDA DE ENERGIA EN EL DIA, INCAPACIDAD PARA CONCENTRARSE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE	F331	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-06	11:48	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-08-06	11:48	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	