

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JIMENEZ	MACAY	VERONICA ALEJANDRA	11	07	2001	23 años, 4 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313436949	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	EN y	099-308-8252 /
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	1313436949	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psicología Clínica		2024	11	25
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 SINDROME DE MARFAN, MIGRAÑA COMPLICADA, REFIERE QUE DESDE HACE 4 MESES PRESENTA DOLOR DE PECHO POSTERIOR A EMOCIÓN O IRAS, SED DE AIRE EN ESE MOMENTO, SUDORACIÓN POSTERIOR Y PÉRDIDA DE CONCIENCIA DE 3 MINUTOS, REFIERE ADEMÁS MAREO CONSTANTE, REFIERE QUE SE HA REALIZADO ELECTROCARDIOGRAMA Y ECOCARDIOGRAMA SIN COMPLICACIONES SEGÚN PACIENTE. TRAE LABORATORIO QUE INFORMA COLESTEROL TOTAL 220.65 TRIGLICERIDOS 211.97 FUNCION RENAL Y HEPÁTICA CONSERVADA, HB 11.9 HTC 35.9 PLAQUETAS 322.000. 0993088252

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRAE LABORATORIO QUE INFORMA COLESTEROL TOTAL 220.65 TRIGLICERIDOS 211.97 FUNCION RENAL Y HEPÁTICA CONSERVADA, HB 11.9 HTC 35.9 PLAQUETAS 322.000. TELEFONO 0993088252

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO SOMATOMORFO, NO ESPECIFICADO	F459		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-25	11:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-11-25	11:07	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	