

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| CEDEÑO           | VELEZ            | KIMBERLING PAMELA | 12                  | 08  | 1997 | 28 años, 4 meses, 25 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313437210        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | LOS RAIDISTAS y              | 093-944-6726 /       |
| 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                 | 1313437210      | 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  | 2026  | 01  | 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 FEMENINO DE 28 AÑOS DE EDAD \*\*\*APP: DISCAPACIDAD INTELECTUAL 52% - CALIFICADA EN LA INFANCIA\*\*\* ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE "CUIDADORA" AL ESTABLECIMIENTO QUIEN REFIERE NECESIDAD DE CALIFICACIÓN + ATENCIÓN MEDICA POR CUADRO CLÍNICO DE 1 MES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR CAMBIOS DE HUMOR + LLANTO ESPORÁDICO + CRISIS DE AUSENCIA ACOMPAÑADO DE INSOMNIO. ADEMÁS REFIERE DOLOR A NIVEL DE CUADRANTE LUMBAR Y DISURIA. \*\*\*\*\* AL MOMENTO, PACIENTE AFEBRIL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADO EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADOR AL INTERROGATORIO. PUÑO PERCUSION + EN LADO DERECHO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MELATONINA Y CITRATO DE MAGNESIO 30 MIN ANTES DE DORMIR

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS] | G470   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                    |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2026-01-06 | 11:42 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 | <div><div>Afirmado electrónicamente por:<br/>MARIA JOSE MEZA<br/>CUSME<br/>Validar únicamente con FirmaEC</div></div> |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------|------------|-------|
| 2026-01-06 | 11:42 | Medicina Rural | MARIA JOSE MEZA CUSME  | 1314765494 |       |