

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALACIOS	ALCIVAR	OSCAR ALEXANDER	28	12	1997	28 años, 1 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313573006	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	098-039-8684 /
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	1313573006	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	02	19
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

REFIERE DESDE HACE UN AÑO 2 MESES PADECE DE ANSIEDAD, REFIERE MAREOS Y CEFALE DESDE HACE 15 DIAS, POR LO CUAL ENVIARON EXÁMENES, FUE VALORADO POR NEUROLOGIA EN MANTA TOMABA NEURYL EN GOTAS. ANTECEDENTE DE CONSUMO DE MARIHUANA, REFIERE QUE A RAIZ DE DEJAR EL CONUMO SE PRESENTON ESTOS SINTOMAS, REFIERE QUE CEFALEA CON ESFUERZO FISICO, LABORA EN CAMPO. TIENE PROBLEMAS CON CONCILIACION DEL SUEÑO, A VECES TOMA TE PARA RELAJRSE. TIENE PENSAMIENTOS DE ANGUSTIA, MIEDO A MORIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIO POR ESPECIALDIAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	F411		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-19	15:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-02-19	15:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	