

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres                | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|------------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | MILTON MANUEL DE JESUS | 13                  | 03  | 1960 | 64 años, 5 meses, 21 días | Hombre  |
|                  |                  |                        | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1313671883        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL PUEBLITO y SITIO CORRALES | 095-885-3663 / (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                 | 1313671883                               | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |      |         |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |                |      |         |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Psiquiatría    | 2024 | 09 03   |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad   | día  | mes año |

### 2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

### 3. Resumen del cuadro clinico

paciente es traído mas temblores y se daña la piel por lo cual le preocupa a su familiar mas pcd, se necesita valoración integral y valoración y ajuste de medicación

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ninguno

### 5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| EPISODIO MANIACO, NO ESPECIFICADO | F309   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------|------------|
| 2024-09-03 | 14:53 | Medicina Familiar Y Comunitaria | WILMER XAVIER LOOR LOOR | 1309526042 |



### III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

VALIDADO X   
Dr. Wilmer Xavier Loor Loor  
C.I. 1309526042  
R.D. SENESCYT 1027-2010-2122065  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIA

#### 1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | Hls.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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2024-09-03 | 14:53 | Medicina Familiar Y Comunitaria | WILMER XAVIER LOOR LOOR | 1309526042 |       |