

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	MOREIRA	GIRMAN JOSE	17	03	2002	23 años, 8 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314144062	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CHONTA 1 y	098-269-2090 /
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	1314144062	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	12	04
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 23 AÑOS CON APP: TRASTORNO DE ANSIEDAD HACE 1 AÑO TRATADO POR PSIQUIATRIA (ACTUALMENTE SIN SEGUIMIENTO SUBSECUENTE), MARCAPASOS HACE 1 AÑO (CONSECUENCIA DE LA ANSIEDAD); APF: PADRE CON HTA, ABUELA PATERNA CON HTA; AQX: CATETERISMO CENTRAL Y COLOCACIÓN DE MARCAPASOS; HÁBITOS: DIETA HIPERCALÓRICA, HABITOS NOCIVOS: NIEGA; ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A LA CONSULTA POR VALORACIÓN PARA SEGUIMIENTO DE CONTROL POR PSIQUIATRIA, PACIENTE REFIERE QUE APROXIMADAMENTE 1 AÑO PRESENTABA CUADRO CLÍNICO CARACTERIZADO POR SUDORACIÓN PROFUSA, TEMBLORES EN MANOS, MIEDO INTENSO Y TRASTORNOS DEL SUEÑO, FUE VALORADO POR PSICOLOGIA Y SE DECIDIO REFERIRLO A PSIQUIATRIA DONDE EMPEZÓ TRATAMIENTO CON SERTRALINA 50 MG QD POR 9 MESES, BUENA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y REMISIÓN DE LOS SINTOMAS. CUMPLIDO EL TIEMPO EL PSIQUIATRA EMPEZÓ CON EL RETIRO DE LA MEDICACIÓN DISMINUYENDO LA DOSIS. ACTUAL,MENTE PACIENTE YA NO TOMA LA MEDICACIÓN PERO REFIERE QUE HA EMPEZADO A EXPERIMENTAR LOS MISMOS SÍNTOMAS DE MANERA LEVE. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVO/REACTIVO COLABORADOR CON EL INTERROGATORIO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	15:41	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-12-04	15:41	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

