

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	ANZULES	JESUS RAMON	05	04	2007	18 años, 9 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	1314437730	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV CHONE y SD	096-981-4291 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314437730	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	01	22
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 ☐

Falta de profesional ☐

Otros/especifique: ☒

ALUCINACIONES, APLANAMIENTO AFECTIVO , ABULIA ASOCIALIDAD Y FALTA DE ASISTENCIA A CLASES DESDE HACE 4 MESES. ADEMÁS IDEACIÓN SUICIDA

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO DESDE HACE 4 MESES CARACTERIZADO POR: REFERIR NO TOLERA ESTAR EN GRUPOS DE 3 A 4 PERSONAS O MÁS, , (HACE 2 MESES REACCIONÒ A LOS GOLPES POR UNA BROMA CON UN COMPAÑERO) REFIERE VER SOMBRAS O COMO QUE LO VIGILAN, SUEÑA CON UNA MUJER Y NO LOGRA VER EL ROSTRO (3 VCS), LABILIDAD EMOCIONAL, INSOMNIO, EN SINTESIS, ALUCINACIONES, APLANAMIENTO AFECTIVO , ABULIA ASOCIALIDAD Y FALTA DE ASISTENCIA A CLASES DESDE HACE 4 MESES. ADEMÁS IDEACIÓN SUICIDA Y 2 EPISODIOS VIOLENTOS UNO EN CASA Y OTRO EN ESCUELA. 0969814291

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESQUIZOFRENIA, NO ESPECIFICADA	F209	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-22	11:22	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 clínico

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
2026-01-22	11:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	