

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	CORNEJO	ANNES MARGARITA	31	08	2002	22 años, 11 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314473552	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	AV 3 DE JULIO y	098-122-0045 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1314473552	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	08	07
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

ADULTA JOVEN CON ANTECEDENTES DE ANSIEDAD DIAGNOSTICADO HACE 3 AÑOS, ACUDE POR UN CUADRO CRÓNICO REAGUDIZADO DE TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, SINTOMATOLOGÍA QUE SE EXACERBA POSTERIOR A FALLECIMIENTO DE LA MADRE HACE 5 MESES, CIFRAS TENSIONALES CON TENDENCIA A LA HIPOTENSIÓN, FRECUENCIA CARDIACA NORMAL, TIENE SOBREPESO. APF: MADRE CON APP DE DM2, HTA E HIPOTIROIDISMO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE INDICAN EXÁMENES DE LABORATORIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	F412		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-07	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965	 OXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS VALIDAR EN: VALIDAR EN: CON FIRMAEC

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
2025-08-07	08:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965	 OXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS VALIDAR EN: VALIDAR EN: CON FIRMAEC