

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ACOSTA	MARIA BELEN	25	12	1997	27 años, 3 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314599752	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AVENIDA SIXTODURAN BALEN y CALLEJON17 JULIO	093-992-0455 /
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	1314599752	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	03	26
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD, CON APP DE ESQUIZOFRENIA SIN TTO DESDE HACE 5 AÑOS, ACUDE HOY POR CONTROL MÉDICO CON MADRE Y REVISIÓN DE EXAMEN DE LABORATORIO. REVISION DE EXAMENES SIN PATOLOGIA ALGUNA. PACIENTE REFIERE SENTIRSE MUY PREOCUPADA POR SUS ENFERMADES. SE INDAGA SOBRE ANTECEDENTE PSIQUIATRICO, PACIENTE REFIERE UN EPISODIO DE ALUCINACIÓN AUDITIVA HACE UN AÑO, REFIERE SUEÑOS VIVIDOS EN LAS ULTIMAS SEMANAS, REFIERE FUE POSTERIOR MUERTE DE FAMILIAR. MADRE REFIERE EPISODIOS DE PERDIDA DE MEMORIA, MADRE REFIERE EPISODIOS DE AGRESIVIDAD CUANDO SIENTE MUCHO ENOJO, INTENTANDO AGREDIRLA A ELLA. NO CONTROLA ATAQUES DE IRA. AL EXAMEN FISICO NORMAL. PACIENTE ORIENTADA, ESTABLE, COLABORA CON INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0939920455 / 099393073

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-26	15:07	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-03-26	15:07	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

