

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DELGADO	GILDA FERNANDA	27	03	2000	26 años, 3 meses, 20 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314792324	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVENIDA MARCOS ARAY y CDLA 6 DE DICIEMBRE	097-922-6611 /
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	1314792324	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	07	17
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 CON DISCAPACIDAD SICOSOCIAL 81% REFIERE CUIDADOR SE HA DESCOMPENSADO EN LOS ULTIMOS MENES , CONTINUA CON AGRESIVIDAD, TIENE INAPETENCIA, INCONTINENCIA, PASA ENCAMADA, AGREDE A LAS PERSONAS QUE SE LE ACERCAN, TIENE TRICOTILOMANIA, CANTA, TIENE ALUCINACIONES , DELIRIO, APLANAMIENTO EFECTIVO, COMPORTAMIENTOS INUSUALES , DEPENDE DE CUIDDOR PARA ACTIVIDADES BASICAS E INSTRUMENTLES D ELA VIDA DIARIA.CONVIVE CON SU PADRE Y MADRE A QUIENES TAMBIEN HA A GREDIDO Y ACTUALMENTE SU MADRE PRESENTA IGUAL SINTOMAS . TOMA QUETIAPINA 100MG/D, SI MEMBARGO ANTERIORMENTE SE HABIA PRESCRITO 200MG/D POR PARTE DE ESPECIALISTA, PERO PADRE NO DA DOSIS ENVIADA CORRECTAMENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESQUIZOFRENIA PARANOIDE	F200		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	13:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-17	13:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	