

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	EDISON BENJAMIN	05	06	1987	39 años, 0 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315219723	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIDA NUEVA y	099-905-7103 /
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	1315219723	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	06	05
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 39 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA ACOMPAÑADO DE FAMILIARES , PRESENTANDO DOCUMENTO EMITIDO Y FIRMADO POR MÉDICO PSIQUIATRA DE HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL, SOLICITANDO REFERENCIA PARA CONTINUIDAD DE ATENCIÓN POR ESPECIALIDAD DE PSIQUIATRÍA DURANTE EL PRESENTE MES. PACIENTE CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO PERSONAL DE ESQUIZOFRENIA, EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL CON CLONAZEPAM 2,5 MG/ML EN GOTAS , ÁCIDO VALPROICO Y QUETIAPINA 100 MG. FAMILIARES REFIEREN QUE EN LOS ÚLTIMOS DÍAS HA PRESENTADO EPISODIOS DE AGRESIVIDAD, IRRITABILIDAD, ALTERACIONES DEL COMPORTAMIENTO Y HABLA DESORGANIZADA DURANTE LA NOCHE, DIFICULTANDO SU MANEJO EN EL DOMICILIO. ACUDE PARA GESTIÓN DE REFERENCIA Y CONTINUIDAD DE MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-05	15:17	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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
2026-06-05	15:17	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

