

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	GARCIA	LAURA FIDELINA	21	12	2001	24 años, 1 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315323699	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	COLORADO y	097-925-4846 /
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	1315323699	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	02	20
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 FEMENINA DE 24 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS DE RELEVANCIA, QUIEN ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD ACOMPAÑADA DE SU PAREJA POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE LARGA EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR EPISODIOS RECURRENTES DE TRISTEZA PROFUNDA Y ANSIEDAD INTENSA, LOS CUALES SE HAN INCREMENTADO EN FRECUENCIA E INTENSIDAD EN LOS ÚLTIMOS MESES, ASOCIADOS A CAMBIOS DRÁSTICOS DE HUMOR, IRRITABILIDAD, SENSACIÓN PERSISTENTE DE CANSANCIO Y FATIGA AUN SIN REALIZAR ESFUERZOS IMPORTANTES, DISMINUCIÓN MARCADA DEL INTERÉS Y PLACER POR ACTIVIDADES COTIDIANAS, DIFICULTAD PARA CONCENTRARSE, PERCEPCIÓN CONSTANTE DE QUE LOS DEMÁS ESTÁN EN SU CONTRA Y QUE NADIE LA COMPRENDE, ASÍ COMO EPISODIOS DE LLANTO INCONTENIBLE, DESEOS DE GRITAR, SALIR CORRIENDO O ABANDONAR SU HOGAR; REFIERE QUE DESDE LA INFANCIA HA EXPERIMENTADO EPISODIOS SIMILARES, SIN EMBARGO ACTUALMENTE LOS DESCRIBE COMO MÁS FRECUENTES, PROLONGADOS Y DE MAYOR INTENSIDAD, EN CONTEXTO DE ANTECEDENTE DE FAMILIA DISFUNCIONAL, CONFLICTOS NO RESUELTOS CON FIGURA PATERNA Y PROBLEMAS ACTUALES DE PAREJA POR PERCEPCIÓN DE FALTA DE APOYO EMOCIONAL; MANIFIESTA INSOMNIO DE CONCILIACIÓN EN OCASIONES, PENSAMIENTOS NEGATIVOS RECURRENTES SOBRE SÍ MISMA Y SU ENTORNO, ASÍ COMO REFIERE QUE LAS IDEAS DE SUICIDIO HAN REAPARECIDO, SIN PLAN ESTRUCTURADO AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, CON ANTECEDENTE DE IDEACIÓN SUICIDA HACE APROXIMADAMENTE 3 AÑOS; REFIERE EPISODIOS DE IRRITABILIDAD Y CONDUCTA AGRESIVA HACIA SUS HIJOS, ASÍ COMO VIOLENCIA VERBAL HACIA SU PAREJA, MANIFESTANDO DIFICULTAD PARA CONTROLAR SU CARÁCTER E IMPULSOS; FUE VALORADA PREVIAMENTE POR ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR QUIEN MANDO MEDICACIÓN, SIN EMBARGO ACTUALMENTE NO SE ENCUENTRA EN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO PORQUE NO RECUERDA NOMBRE; PACEINTE MANIFIESTA TRASTORNO ESQUIZOIDE A LA VALORACIÓN CON ESCALAS SE OBTIENE GAD-7 DE 16 PUNTOS COMPATIBLE CON ANSIEDAD SEVERA Y PHQ-9 DE 21 PUNTOS COMPATIBLE CON DEPRESIÓN GRAVE; DURANTE LA CONSULTA SE OBSERVA PACIENTE AGITADA, CON LLANTO FÁCIL CONGRUENTE CON EL CUADRO CLÍNICO ; POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD PARA VALORACIÓN INTEGRAL POR PSIQUIATRÍA, PARA INTERVENCIÓN EN REGULACIÓN EMOCIONAL, MANEJO DE FACTORES FAMILIARES Y DE PAREJA, PREVENCIÓN DE RIESGO SUICIDA Y SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN CON ESCALAS SE OBTIENE GAD-7 (GENERALIZED ANXIETY DISORDER-7) DE 16 PUNTOS COMPATIBLE CON ANSIEDAD SEVERA Y PHQ-9 (CUESTIONARIO DE SALUD DEL PACIENTE-9) DE 21 PUNTOS COMPATIBLE CON DEPRESIÓN GRAVE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISODIO DEPRESIVO GRAVE CON SINTOMAS PSICOTICOS	F323		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-20	09:07	Medicina Rural	EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE	1351020506	

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
2026-02-20	09:07	Medicina Rural	EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE	1351020506	