

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	BASURTO	JENIFFER ISABEL	25	03	2004	20 años, 6 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315519536	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDAL EMILIO HIDALGO y	099-441-7378 / (99)-999-9999
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	1315519536	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA			13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Psiquiatría	2024	10 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 ASISTE A CONSULTA AL MOMENTO ORIENTADA EN LAS TRES ESFERAS, REFIERE SIEMPRE HE TENIDO ANSIEDAD, SOBRE TODO CUANDO SALGO D ECASA MIS NERVIOS SE INTENSIFICAN Y HACEN QUE HASTA PERDA EL CONTROL,SIEMPRE ME ESTRESO POR TODO, CUANDO ESTOY ASI ME VUELVO INTOLERABLE, NO LOGRO CONCILIAR EL SUEÑO FACILMENTE, TENGO PENSAMIENTOS RUMIANTES, TODO LO QUE PASA DURANTE EL DIA LO ESTOY SOBRE PENSANDO, CUANDO TENGO ALGO PENDIENTE TAMPOCO LOGRO ESTAR BIEN, TENGO ERUPCION EN LA PIEL CUANDO ME ESTRESO MUCHO Y CUANDO ESTOY ASI VOMITO, CEFALEA, NO LOGRA CONCENTRASE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CRISIS DE ANSIEDAD MAS INSOMNIO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INSOMNIO NO ORGANICO	F510	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-17	12:10	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	

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
2024-10-17	12:10	Psicología Clínica	KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ	1312804220	