

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

COORDINACIÓN ZONAL 4

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

|                                       |  |                   |                               |                                     |                                  |                                  |                   |                                 |      |                                                         |   |   |   |  |  |
|---------------------------------------|--|-------------------|-------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------|---------------------------------|------|---------------------------------------------------------|---|---|---|--|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA               |  | UNICÓDIGO         | ESTABLECIMIENTO DE SALUD      | TIPOLOGIA                           | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |                                  | NÚMERO DE ARCHIVO |                                 |      |                                                         |   |   |   |  |  |
| MSP                                   |  | 1114              | HOSP NATALIA HUERTA DE NIEMES | B                                   | 1315533719                       |                                  | 1315533719        |                                 |      |                                                         |   |   |   |  |  |
| PRIMER APELLIDO                       |  | SEGUNDO APELLIDO  |                               | PRIMER NOMBRE                       |                                  | SEGUNDO NOMBRE                   | SEXO              | FECHA NACIMIENTO                | EDAD | CONDICIÓN EDAD (MARCAR)                                 |   |   |   |  |  |
| SANCHEZ                               |  | VELIZ             |                               | ROSA                                |                                  | ANGELICA                         | F                 | 1994-02-09                      | 32   | H                                                       | D | M | A |  |  |
| No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL) |  | TIPO DE COBERTURA |                               | REFERENCIA                          |                                  | N                                |                   |                                 |      |                                                         |   |   |   |  |  |
| 0960252797 - 0980145296               |  |                   |                               | <input checked="" type="checkbox"/> |                                  | <input type="checkbox"/>         |                   | MOTIVO                          |      |                                                         |   |   |   |  |  |
| LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL            |  |                   |                               | 1. Accesibilidad geográfica.        |                                  | <input type="checkbox"/>         |                   | 6. Problemas de abastecimiento. |      |                                                         |   |   |   |  |  |
| PROVINCIA                             |  | CANTÓN            |                               | PARROQUIA                           |                                  | 3. Falta de equipamiento.        |                   | <input type="checkbox"/>        |      | 7. Insuficiencia de profesionales.                      |   |   |   |  |  |
| 13                                    |  | 1314              |                               | 131412                              |                                  | 4. Equipos en mal estado.        |                   | <input type="checkbox"/>        |      | 8. Inadecuada capacidad resolutive                      |   |   |   |  |  |
|                                       |  |                   |                               |                                     |                                  | 5. Problemas de infraestructura. |                   | <input type="checkbox"/>        |      | 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios |   |   |   |  |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

|                         |  |                                      |  |                  |  |              |  |
|-------------------------|--|--------------------------------------|--|------------------|--|--------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD             |  | SERVICIO         |  | ESPECIALIDAD |  |
| MSP                     |  | HOSPITAL GENERAL DR. NAPOLEON DAVILA |  | CONSULTA EXTERNA |  | PSIQUIATRIA  |  |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

Paciente de 32 años, derivada desde Ginecología, con cuadro de dos años de evolución de sintomatología ansiosa severa desencadenada por el fallecimiento de un hermano, caracterizada por alteración del ciclo vigilia-sueño, taquicardia, dolor precordial, disnea, temblor en extremidades y agitación psicomotriz, con escasa respuesta a psicoterapia previa, por lo que se solicita valoración psiquiátrica especializada y eventual manejo farmacológico.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO |                                         | CIE  | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|---------------------------------|-----------------------------------------|------|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.                              | Trastorno mixto de ansiedad y depresión | F412 |     | X   | 4. |     |     |     |
| 2.                              |                                         |      |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                              |                                         |      |     |     | 6. |     |     |     |

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
| 7/7/2026                              | 14h30        | ROBERT        |  | GOMEZ           | REYNA            |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
| 1312562851                            |              |               |  |                 |                  |

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

|                        |  |                          |    |                        |  |                          |    |
|------------------------|--|--------------------------|----|------------------------|--|--------------------------|----|
| REFERENCIA JUSTIFICADA |  | SI                       | NO | DERIVACIÓN JUSTIFICADA |  | SI                       | NO |
| CONTRAREFERENCIA       |  | <input type="checkbox"/> |    | REFERENCIA INVERSA     |  | <input type="checkbox"/> |    |

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

|                         |  |           |                          |           |                                  |  |                   |  |
|-------------------------|--|-----------|--------------------------|-----------|----------------------------------|--|-------------------|--|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | UNICÓDIGO | ESTABLECIMIENTO DE SALUD | TIPOLOGIA | NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA |  | NÚMERO DE ARCHIVO |  |
|                         |  |           |                          |           |                                  |  |                   |  |

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

|                         |  |                          |  |          |                    |
|-------------------------|--|--------------------------|--|----------|--------------------|
| INSTITUCIÓN DEL SISTEMA |  | ESTABLECIMIENTO DE SALUD |  | DISTRITO | FECHA (aaaa-mm-dd) |
|                         |  |                          |  |          |                    |

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

| PRE= PRESUNTIVO DEF= DEFINITIVO |  | CIE | PRE | DEF |    | CIE | PRE | DEF |
|---------------------------------|--|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|
| 1.                              |  |     |     |     | 4. |     |     |     |
| 2.                              |  |     |     |     | 5. |     |     |     |
| 3.                              |  |     |     |     | 6. |     |     |     |

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

|                                       |              |               |  |                 |                  |
|---------------------------------------|--------------|---------------|--|-----------------|------------------|
| FECHA (aaaa-mm-dd)                    | HORA (hh:mm) | PRIMER NOMBRE |  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO |
|                                       |              |               |  |                 |                  |
| NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN |              | FIRMA         |  | SELLO           |                  |
|                                       |              |               |  |                 |                  |

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN - CONTRAREFERENCIA - REFERENCIA INVERSA