

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		1245	C. S CARLOS MORALES LOCKE- JUNIN		TIPO C	1315703130								
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
CHAVARRIA		GANCHOZO		CAROLINA		LILIBETH		F	22/01/1999	27	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA	DIRECCIÓN		REFERENCIA		DERIVACIÓN							
0983576530		MSP	ARRASTRADERO		X									
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL					MOTIVO									
1. Accesibilidad geográfica.					6. Problemas de abastecimiento.									
2. Falta de espacio físico.					7. Insuficiencia de profesionales.									
3. Falta de equipamiento.					8. Inadecuada capacidad resolutiva									
4. Equipos en mal estado.					9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios					X				
5. Problemas de infraestructura.														
PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA										
MANABI		BOLIVAR		CALCETA										

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

MSP	CONSULTA EXTERNA	PSIQUIATRIA
-----	------------------	-------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINA DE 27 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE ANSIEDAD Y DEPRESION QUE HA LLEVADO VARIOS TRATAMIENTOS DE FORMA HABITUAL CON POCA MEJORIA, HA IDO EVOLUCIONANDO DESFAVORABLEMENTE INCLUSO HA LLEVADO HASTA INTENTAR QUITARSE LA VIDA EN VARIAS OCASIONES, SE LE REALIZA VALORACION DE SU CONDICION DE SALUD Y SE DECIDE REFERIR PARA VALORACION POR PSIQUIATRIA.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF		
1.	HISTORIA PERSONAL DE LESION AUTOINFLIGIDA INTENCIONALMENTE	Z915		X	4.	TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	F412		X
2.									

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO	
2026/03/17	11:00	ANGELICA MARIA		MERA		REYNA	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN				SELLO			
1309015111				ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA REG. SENESCYT: CU-1514319			

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	SI	NO
CONTRAREFERENCIA			REFERENCIA INVERSA		

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.			

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				SELLO			