

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HERRERA	ALCIVAR	EDUARDO FABIAN	16	05	2009	16 años, 5 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

0963969076

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección	No Telefónico	
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315935708	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PRUDENCIO LOOR y JULIO ANDRADE	096-850-3497 /
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	1315935708	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría	2025	10	21
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

REFIERE MADRE QUE PRESENTA DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, EN LAS NOCHES EMPIEZA A PRESENTAR SINTOMAS, PACIENTE REFIERE QUE TIENE PENSAMIENTOS RECURRENTES DE SUICIDIO, (TIRARME DL TECHO, AHORCARM, CORTARME) HA TENIDO INTENNTO AUTOLITICO CON SACAPUNTAS DE GILLETE, REFEIRE QUE ESTO OCURRE HACE 2 AÑOS POSTERIORMENTE A SEPACION DE PADRES (PAPA VIVE EN EL EXTERIOR, MILITAR RETIRADO),

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON TRASTORNO DEL ESTADO DE ANIMO SE DERIVA PARA SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	F412		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-21	12:19	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

