

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	JOSSELYN ELIZABETH	10	10	1994	30 años, 10 meses, 12 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316068111	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CALLE PRINCIPAL y	098-534-4155 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Conveccional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1316068111	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	08	22
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 30 AÑOS DE EDAD CON AQX: FRACTURA DE TERCIO DISTAL DE HUMERO HACE APROXIMADAMENTE 2 AÑOS. ACUDE A LA CONSULTA PARA SOLICITUD DE REFERENCIA A PSIQUIATRIA PREVIA VALORACION CON PSICOLOGIA QUIEN REFIERE ALTERACION DEL ESTADO DE ÁNIMO, QUE ELLA MISMA ATRIBUYE A SU CONDICION FISICA QUE NO LE PERMITE CONTINUAR CON SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS Y LABORALES ESTE MALESTAR SE MANIFIESTA CON INSOMNIO (DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO Y DESPERTARES FRECUENTES) Y DOLORS DE CABEZA Y DE LOS OJOS. ADEMAS REFIERE ESTOS SÍNTOMAS SOMÁTICOS SON COMUNES EN LOS TRASTORNOS DE ANSIEDAD Y DEL ESTADO DE ÁNIMO, QUE A MENUDO SE DESARROLLAN COMO RESPUESTA A UN EVENTO ESTRESANTE O UNA ENFERMEDAD CRÓNICA. MOTIVO POR EL CUAL SE SUGIERE VALORACION Y SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE ANSIEDAD, NO ESPECIFICADO	F419	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-22	14:57	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-08-22	14:57	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

