

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	CHAVEZ	LUIS CIRILO	07	10	1962	63 años, 4 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316534286	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	P ARTURO y	099-497-9721 /
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	1316534286	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	2026	02	12
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 MASCULINO CON **** DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL **** ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE FAMILIAR Y CUIDADORA QUIENES REFIEREN QUE HACE MAS DE 30 AÑOS PRESENTA CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A IRRITABILIDAD E INTRANQUILIDAD. EN TRATAMIENTO CON RISPERIDONA EN GOTAS. CUIDADORA ME REFIERE QUE LA MEDICACIÓN YA NO HACE EFECTO. AL MOMENTO SE EVIDENCIA COMPORTAMIENTO ALTERADO, IRRITABLE, NO TOLERA EL ESPACIO CERRADO, ANSIOSO, INTRANQUILO Y AGRESIVO QUERIENDO TIRAR OBJETOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SIN COMPROMISO PULMONAR

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO, NO ESPECIFICADO, DEBIDO A ENFERMEDAD, LESION Y DISFUNCION CEREBRAL	F079	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-12	10:30	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	

Firmado electrónicamente por:
MARIA JOSE MEZA CUSME
Validar únicamente con FirmasEC

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 clínico

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
2026-02-12	10:30	Medicina Rural	MARIA JOSE MEZA CUSME	1314765494	