

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HOLGUIN	CONFORME	GENESIS MARIA	08	02	1994	31 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316540192	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LA RASPADURA y	098-111-7289 /
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	1316540192	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	11	05
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 31 AÑOS QUE DURANTE EL INTERROGATORIO REFIERE CUADRO DE INSOMNIOS QUE NO SUPERAN LA FASE REM DE 4 MESES DE EVOLUCIÓN Y EPISODIOS DE MANÍAS ASOCIADAS CON ANSIEDAD GENERALIZADA; ADEMÁS, MENCIONA AUTOINDUCIRSE EL VÓMITO DESENCADENADO A PARTIR DE LA FINALIZACIÓN DE SU ÚLTIMA GESTACIÓN HACE 2 AÑOS. EN LA INTERACCIÓN CON LA PACIENTE SE PUEDE OBSERVAR QUE EXPRESA IDEAS OBSESIVAS, POR LO QUE SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TOMOGRAFIA: No se identifican lesiones de masa, hemorragia, edema, hidrocefalia ni infarto agudo. Estructuras cerebrales, ventrículos y formaciones del tronco encefálico dentro de parámetros normales. Línea media sin desviaciones. Hallazgos negativos, lo que descarta causas estructurales de la cefalea referida. Se mantiene diagnóstico de cefalea tensional, con manejo sintomático y seguimiento ambulatorio.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PREDOMINIO DE PENSAMIENTOS O RUMIACIONES OBSESIVAS	F420		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-05	09:00	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-11-05	09:00	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

