

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	SOLORIZANO	LUIS EDUARDO	12	10	2009	16 años, 3 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316634953	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CALLE MEDARDO ALFARO y	099-018-9737 /
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	1316634953	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	01	26
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

HOMBRE DE 16 AÑOS DE EDAD CON APP DE TRASTORNO DE ANSIEDAD Y DEPRESION CON MEDICACION CONTINUA FLUOXETINA 20MG VO QD AM, QUETIAPINA 200MG VO QD HS, LAMOTRIGINA 100MG VO QD D/ALMUERZO CON APP DE TRASTORNO TIROIDES ACTUALMENTE EUTIROIDES APQ; NIEGA ALERGIA NIEGA APF: PADRE CON HTA ABUELAS CON HTA ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE POR REQUERIEMINTO DE VALOARCION POR PSIQUIATRIA REFIERE CUADROS ESPORADICOS DE TRASTORNO SUEÑO, ACTUALMENTE NIEGA DESEO O PENSAMIENTOS AUTOLITICOS , NIEGA CRISIS DE ANSIEDAD O DEPRESION, NIEGA ANHEDONIA, MADRE REFIERE MEJORIA DE CUADRO PSICOTICO DE HIJO HOY ALERTA Y HEMODINAMICEMNETE ESTABLE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-26	14:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2026-01-26	14:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	