

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	VELASQUEZ	DANA MILENA	24	07	2001	24 años, 7 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350190912	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARRIO SANTA MARTHA y	096-335-5353 /
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	1350190912	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	03	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

TRASTORNOS DE ANSIEDAD GENERALIZADA Y ALIMENTICIOS

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 24 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA CUADRO CLÍNICO COMPATIBLE CON TRASTORNO DE ANSIEDAD ASOCIADO A TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA DE TIPO RESTRICTIVO, CARACTERIZADO POR PREOCUPACIÓN EXCESIVA Y PERSISTENTE, INQUIETUD, IRRITABILIDAD, DIFICULTAD PARA CONCILIAR EL SUEÑO, EPISODIOS DE TAQUICARDIA, OPRESIÓN TORÁCICA Y SENSACIÓN DE FALTA DE AIRE, ASÍ COMO CONDUCTAS DE RESTRICCIÓN ALIMENTARIA MARCADA, DISMINUCIÓN DE LA INGESTA CALÓRICA, FATIGA, MAREOS, FRIALDAD PERIFÉRICA Y ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO, CON IMPACTO SIGNIFICATIVO EN SU FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	F411		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-19	10:26	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2026-03-19	10:26	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

