

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALMERON	MORA	ARIANA FERNANDA	12	12	2008	16 años, 7 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350536908	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CHONE y	099-449-1141 /
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	1350536908	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	07	18
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 16 AÑOS, APP RETRASO MENTAL LEVE (NO CUENTA CON CARNET DE DISCAPACIDAD), TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (ABUSO SEXUAL) SE ENCONTRABA CON MEDICACIÓN SERTRALINA 100 MG VO QD Y RIS PERIDONA 1MG/ML 5 GOTAS HS QUE HA DESCONTINUADO POR FALTA DE SEGUIMIENTO, AQX NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE. DIRECCIÓN: SAN ANDRÉS RÍO GRANDE PASADO PISCINA SAN ANDRÉS EN PUERTA DE HIERRO. NÚMERO 0994491141. ACUDE CON HERMANA DE ABUELO, PADRE NO SABE DÓNDE ESTÁ (SALMERÓN VELEZ ADRIAN ALEJANDRO), MADRE VIVE EN LA CONCORDIA, LA ABUELA-TÍA (NORMA MONCERRATE SALMERON MOREIRA) TIENE LA PATRIA POTESAD. MEMORIA A CORTO PLAZO: NO PRESENTA. DESORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO. SE DECIDE MANEJO POR PSIQUIATRÍA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RETRASO MENTAL MÁS ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	F710		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	15:08	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

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
2025-07-18	15:08	Medicina Rural	GABRIELA ESPERANZA MENDOZA OCAMPO	1314646496	

