

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	DEIVID ISAAC	16	08	2008	16 años, 2 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351178858	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CALLE PICHINCHA y	/
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	1351178858	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	2024	10	29
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☐

Se realiza referencia para valoración de psiquiatría. Paciente no cumple con criterios para el Servicio Ambulatorio Intensivo.

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente de 16 años, de sexo masculino, acude a consulta por sintomatología depresiva, refiere percepción de síntomas como sentimientos de desesperanza, baja autoestima, irritabilidad e ideación suicida. Además, reporta haber tenido conductas autolesivas hacia sus compañeros de clase, refiere que generalmente presenta agresividad como consecuencia de los comentarios negativos que emiten las personas en relación con el. Durante la evaluación, se observa al paciente con apariencia general acorde a edad y sexo, su vestimenta es apropiada para la ocasión, muestra actitud cooperativa y presenta estado de animo deprimido.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

Episodio depresivo moderado.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	F321	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-29	14:45	Psicología Clínica	FRANK JESUS ALCIVAR BRAVO	1314339795	

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
2024-10-29	14:45	Psicología Clínica	FRANK JESUS ALCIVAR BRAVO	1314339795	

