

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DELGADO	RODRIGUEZ	DIANA KAROLINA	06	09	1998	26 años, 10 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351725732	MANABI	CHONE	CANUTO	AV MARCOS ARAY DUEÑAS y	098-767-8927 /
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	1351725732	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2025	07	16
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 FEMENINO DE 26 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA POR SOLICITUD DE REFERENCIA A PSIQUIATRIA. APP: NO REFIERE. ALERGIAS: NO REFIERE. APQ: CEAREA NO REFIERE. APF: ABUELA MATERNA CON HIPERTENSION ARTERIAL. PACIENTE MENCIONA CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR TRASTORNO DEL SUEÑO DE MESES DE EVOLUCION, MENCIONA QUE SE HA AUTOMEDICADO CON PASTILLAS DE "RELAX VIC" PARA PODER CONCILIAR EL SUEÑO SIN EMBARGO HA PRESENTADO EFECTOS SECUNDARIOS COMO OLVIDO, EPISODIOS DE SOMNOLENCIA Y AMNESIA ANTEROGRADA. NO REFIERE SINTOMATOLOGIA RESPIRATORIA, DIGESTIVA NI URINARIA. PACIENTE CONSCIENTE ORIENTADA EN TIEMPO Y ESPACIO, AFEBRIL A LA CONSULTA. EXAMEN FISICO NORMAL. SIN SIGNOS DE ALARMA. SE DA CONSEJERIA DEL MAL USO DE RELAJANTES Y SUS EFECTOS ADVERSOS. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PENDIENTES

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS DEL INICIO Y DEL MANTENIMIENTO DEL SUEÑO [INSOMNIOS]	G470	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-16	14:45	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

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
2025-07-16	14:45	Medicina Rural	IRMA MARIA VERA PONCE	1312499682	

