

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DEL VALLE	MOREIRA	OLIVIO DEL CARMEN	05	10	1951	74 años, 9 meses, 30 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1301739288	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA TABLADA DE SANCHEZ y	098-413-1777 / (98)-413-1777
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	1301739288	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	08	04
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 EN TTO CON CUADROS DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD RECURRENTES, CON MEJORAMIENTO DE CUADRO CLINICO CON XEVORT 10 MG, PREGABALINA 50 Y 75 10 AM Y 75 MG HS CON QUETIAPINA 25 MG SIN EMBARGO TRAS SEPARACIÓN Y OTRO ASUNTO FAMILIAR FUERTE HA INICIADO NUEVAMENTE CON ANHEDONIA, INSOMNIO, LENTO PARA HABLAR Y PARA LA MARCHA, IRRITABILIDAD, NO IDEACIÓN SUICIDA. EL AÑO PASADO LO ENVIAMOS PARA PSICOTERAPIA, SE CAMBIAR A DESVENLAFAXINA 50 MG. Y SE AUMENTA DOSIS DE QUETIAPINA. 0984131777 - 0978973793. TRAE PRUBA DE LABORATORIO QUE LLAMA LA ATENCIÓN GLUCOSA DE 130 EN AYUNA, TGO TGP DE 85, HDL 27.48 LDL 37 Y TG 226.42. SE ENVIAN PRUEBAS COMPLEMENTARIAS Y SE ENCUENTRA A LA ESPERA DE ECOGRAFÍA ABDOMINAL. CABE RECALCAR QUE PACIENTE VARIOS MESES CON ESTE TIPO DE MEDICAMENTOS PERO TAMBIÉN ESTILO DE VIDA CON EXCESO CALÓRICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	F321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	08:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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 clínico

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	08:38	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	