

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	CEVALLOS	ABERCIO ANTONIO	10	02	1961	64 años, 11 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1707433718	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	SIMON DAVID VELASQUEZ y	099-010-2906 /
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	1707433718	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría		2026	01	20
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 CON ANTECEDENTES DE HIPERTENSION ARTERIAL PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON LOSARTAN 100MG VO QD MAS ASA 100MG VO QD, ADEMÁS DE TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION DE EVOLUCION CRONICA PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON FLUOXETINA 20MG VO QD, ADEMÁS DE TRASTORNOS DE MEMORIA, DONDE PRESENTA OLVIDOS FRECUENTES DE MEMORIA A CORTO PLAZO PARA LO CUAL LLEVA TRATAMIENTO CON PIRACETAM 800MG VO QD. PACIENTE REFIERE QUE TRASTORNOS DE MEMORIA CONTINUAN, ADEMÁS QUE ESTADO ANIMICO NO LOGRA MEJORAR, TODO ESTO SE INTENSIFICO A RAIZ DE FALLECIMIENTO DE MADRE HACE 6 AÑOS. NIEGA IDEAS SUICIDAS AL MOMENTO, REFIERE QUE AL INICIO SI PRESENTO IDEAS SUICIDAS, ACTUALMENTE REFIERE DIFICULTAD PARA CONCILIAR Y MANTENER EL SUEÑO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPISODIO DEPRESIVO MODERADO	F321		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-20	10:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-01-20	10:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

