

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	FIGUEROA	ANGEL FABIAN	01	08	1980	44 años, 5 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1716033913	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA SAN RAFAEL y	099-105-0555 /
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	1716033913	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	01	07
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	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 44 AÑOS DE EDAD. APP: DEPRESIÓN, INSOMNIO. APF: PADRE DIABETICO, MADRE HIPERTENSA + ARTRITIS. ALERGIAS MEDICAMENTOSAS: NIEGA. APQX: DESVIACIÓN DE TABIQUE NASAL. ACUDE EL DIA DE HOY ACUDE POR SOLICITUD DE REFERENCIA. MEDICACION HABITUAL: QUETIAPINA 50 Y 25 MG. RECIENTE USO DE AMITRIPTILINA. MOTIVO DE SOLICITUD DE REFERENCIA: PERDIDA DE SEGUIMIENTO CON PSICOLOGIA POR AUSENCIA A UNA DE SUS CITAS (RECIENTE CUADRO DEPRESIVO POR SEPARACION CON SU ESPOSA QUE HAN EMPEORADO SU ESTADO ANIMICO + SU HIGIENE DE SUEÑO).

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE QUE REQUIERE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD PERTINENTE.
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO MIXTO DE ANSIEDAD Y DEPRESION	F412	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-07	08:16	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDENO	0926030594	

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
2025-01-07	08:16	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDENO	0926030594	