



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Dirección Distrital 13D07 Chone - Flavio Alfaro Salud

FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo	
Hateo		Martinez		Juan		01 06 1949		75	H	
Nacionalidad		País		Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte		Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio		N° Telefónico
Española		España		172614358-7		Manabí Chone Boyaca		Boyaca		0959184631
Vot Instructivo		Describir País		Cédula diez dígitos		Provincia Cantón Parroquia		Calle Principal y Secundaria		Convencional/Celular

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área
HSP		Centro de Salud Boyaca	A	13D07
Refiere o Deriva a:				
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad	Fecha
HSP	Hospital General Chone	Consulta Externa	Psiquiatría	12 11 2024

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutoria 1 ☒
Ausencia temporal del profesio 2 ☐
Falta de profesional 3 ☐

Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Otros /Especifique: 5 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 75 años de edad con antecedentes de Hipertensión Arterial compensado acude al centro de salud nos refiere que desde joven presenta crisis de Ansiedad y dificultad para dormir, en este momento refiere cuadros de tristeza y no tiene deseos de vivir en ocasiones toma elonazepam por lo que

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico			
1	Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión.	CIE-10	PRE
2		F412	DEF

Nombre del profesional: Dra. Gabriela Baquerizo

Código MSP:

Dra. Gabriela Baquerizo
Esp. Medicina Familiar
CP. 1720252541

Firma

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia inversa a:					
Fecha					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes
					año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos			
4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados			

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados			

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico			
1		CIE-10	PRE
2			DEF

5. Diagnóstico

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad			

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista:			
Código MSP:			
Firma:			

Nombre del profesional especialista:

Código MSP:

Firma: