

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

CC

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			
MSP		1246	CS TOSAGUA		C	1727220376			
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO
AGUILAR		HERNANDEZ		MIGUEL		ANGEL		H	01/08/1977
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA			REFERENCIA	☒	DERIVACIÓN		
989086213		NO APORTA			1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. MOTIVO 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutiva 9. Ausencia de la prestación en la cartera de				
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL									
PROVINCIA	CANTÓN		PARROQUIA						
MANABÍ	TOSAGUA		TOSAGUA						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		SERVICIO	
MSP		NAPOLEÓN DAVILA		CONSULTA EXTERNA	

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE DE 48 AÑOS DE SEXO MASCULINO ASISTE A CONSULTA CON SINTOMATOLOGÍA ANSIOSA, PACIENTE QUE PRESENTA: FATIGA, ESTRÉS, INTRANQUILIDAD, SENSACIÓN DE DESESPERA TAQUICARDIA, DESPERSONALIZACIÓN, TEMBLOR EN LAS MANOS, TRASTORNOS DEL SUEÑO E INTENTO AUTOLITICOS Y PENSAMIENTOS RUMIANTES SOBRE LA MUERTE, PACIENTE QUE SE ENC SINTOMATOLOGIA DESDE LA SEPARACION DE SU EX ESPOSA Y MADRE DE SUS HIJOS HACE APROXIMADAMENTE 2 MESES.

PSICOTERAPIA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL

E. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	
1.	TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA	F411	X		4.
2.					5.
3.					6.

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
05/08/2025	2:00:00 p. m.	CRISTOFER		CONFORME	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		 Firmado electrónicamente por: CRISTOFER GABRIEL CONFORME LUCAS		SELLO	
1314489640					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN

REFERENCIA JUSTIFICADA	SI	NO	DERIVACIÓN JUSTIFICADA	
CONTRAREFERENCIA	☐		REFERENCIA INVERSA	

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGÍA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA		
-------------------------	--	-----------	--------------------------	--	-----------	----------------------------------	--	--

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)
-------------------------	--	--------------------------	--	----------	--------------------

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS

F. DIAGNÓSTICO

PRE= PRESUNTIVO	DEF= DEFINITIVO	CIE	PRE	DEF	
1.					4.
2.					5.
3.					6.

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	

SNS-MSP/HCU-form.053/2021

REFERENCIA - DERIVACIÓN- CONTRAREFIE

COORDINACIÓN ZONAL 4

NÚMERO DE ARCHIVO					
1727220376					
EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
	H	D	M	A	
48				X	
servicios					
					X
					X

ESPECIALIDAD	
PSIQUIATRÍA	

CIÓN	
CUENTRA CON ESTAS	

	CIE	PRE	DEF

SEGUNDO APELLIDO	
LUCAS	

	SI		NO

NÚMERO DE ARCHIVO	

Id)	

	CIE	PRE	DEF

SEGUNDO APELLIDO	