

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CIFUENTES	DELGADO	CINTHYA ELIZABETH	23	08	1997	27 años, 11 meses, 21 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2350061723	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	4 DE DICIEMBRE y	098-987-7610 /
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	2350061723	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2025	08	13
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

ACIENTE DE 27 AÑOS 11 MESES DE EDAD SEXO MUJER ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE PARA VALORAR LA NECESIDAD DE TERAPIA OCUPACIONAL, CON APP DE TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MIXTO, EN TTO PSIQUIATRICO PARTICULAR , TOMA LAMOTRIGINA 100 mg VO 8 AM, QUETIAPINA 200 mg MEDIA TABLETA C/12 H, NEURIL 1/4 8 AM - 1 TAB 8: 30 PM. LA PACIENTE AL MOMENTO ESTÁ BAJO LOS EFECTOS DEL MEDICAMENTO, REFIERE QUE DESEA SALIR A PASEAR, LA MADRE INFORMA QUE LA AGREDE FISICAMENTE PORQUE NO ACEPTA NINGUNA RECOMENDACIÓN DEL FAMILIAR, DESCUIDA EL ASEO PERSONAL, LE DA ANSIEDAD POR COMER, SE RIE SOLA. EL FAMILIAR SOLICITA VALORACIÓN PSIQUIÁTRICA PARA TTO E INICIAR EL PROCESO DE CALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO DE TIPO MIXTO	F252		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-13	16:53	Medicina General	ALBA BEATRIZ GARCIA PINARGOTE	0911098382	

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
2025-08-13	16:53	Medicina General	ALBA BEATRIZ GARCIA PINARGOTE	0911098382	