

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	ARIANA BRIGITH	05	08	2009	15 años, 4 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350658751	MANABI	CHONE	SANTA RITA	COLON y	999-999-9999 / (99)-999-9999
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	1350658751	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	CHONE	Consulta externa	Psicología Clínica	2024	12	09
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 FEMENINA DE 15 AÑOS DE EDAD. APP: RINITIS ALÉRGICA + SÍNDROME DE OVARIO POLIQUISTICO + EPILEPSIA. APF: NIEGA. ALERGIA: NIEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS. APQX: NIEGA. FUM: 01/12/24. G0. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE QUIEN REFIERE NECESIDAD DE SER ATENDIDA POR SERVICIO DE PSICOLOGIA POR DIFICULTAD DE APRENDIZAJE QUE CONCUERDA CON REPORTE QUE TRAE A CONSULTA - INFORME DE EVALUACIÓN PSICOPEDAGOGICA: PACIENTE POSEE NECESIDADES EDUCATIVAS NO ASOCIADAS A DISCAPACIDAD, CONOCIMIENTOS NO ACORDES A SUBNIVEL QUE CURSA, REQUIERE AJUSTES RAZONABLES. ASINTOMATICA AL INTERROGATORIO. SIN NOVEDAD AL EXAMEN FISICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PARA SU VALORACIÓN INTEGRAL.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DEL DESARROLLO DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, NO ESPECIFICADO	F819		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-09	11:37	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	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
2024-12-09	11:37	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	