

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTOS	MONTES	OSCAR SAHID	10	01	2017	8 años, 6 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352513442	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ANIBAL SAN ANDRES y ANIBAL SAN ANDRES	098-912-3183 /
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	1352513442	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	ALFA 1 HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO ESPEJO		Consulta externa	Neuropediatría	2025	08	04
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

ESCOLAR ES TRAIDO POR SU MADRE A CONSULTA MEDICA COMENTA QUE AUN NO HA RECIBIDO LLAMADA PARA OFTALMOLOGIA PEDIATRICA POR LO QUE ESTA EN ESPERA DE LLAMADO, AUNQUE ACUDIO POR VIA PARTICULAR A CENTRO OPTOMETRICO PARA VALORACION, PRESENTA LEVE ESTRABISMO EN OJO IZQUIERDO, MADRE COMENTA QUE ULTIMAMENTE ESTA PRESENTANDO MUCHA CEFALEA Y NO HA LLEVADO CONTROL CON ESTA ESPECIALIDAD POR VARIOS AÑOS.- MADRE INIDCA QUE ADEMAS TIENEN PROBLEMAS CON ADENOIDES Y QUE OTORRINO INDICO CIRUGIA SIN ESTUDIOS PREVIOS.-

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EEG DEL 4/4/2024: EEG SIN REPORTE DE ONDAS PATOLOGICAS. TAC DE MISMO AÑO NO SE OBSERVAN SIGNOS DE EDEMA NI EFECTO DE MASA, ESTUDIO SIN REPORTE POR IMAGENOLOGO.-

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MIGRAÑAS	G438	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-04	10:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	

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
2025-08-04	10:33	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	