

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHOEZ	CUSME	JEREMIAS ISMAEL	08	08	2023	2 años, 1 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0752293480	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO LIMON DE PLATANALES y SITIO LIMON DE PLATANALES	098-950-9637 /
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	0752293480	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	09	15
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☐	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☒		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 2 AÑOS 1 MES DE EDAD, APP DISCAPACIDAD AUN NO TIENE CARNET. ES ATENDIDA EN EL CENTRO DE SALUD TRAI DO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO SU MADRE QUIEN REFIERE NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD EN ÚLTIMOS DÍAS. TRAE LIS PARA LLENADO DE CURVAS PESO Y TALLA DENTRO DE LO NORMAL. PACIENTE REFIERE QUE MAÑANA TIENE TURNO CON EL MEDICO CALIFICADOR EN EL TIPO C, ADEMAS REFIERE QUE LLEVABA SEGUIMIENTO POR FISIATRIA EN EL HOSPITAL PERO YA COMPLETARON LOS TURNOS Y LE SOLICITARON UNA NUEVA REFERENCIA LA CUAL SE REALIZA HOY. YA CUENTA CON TURNO EN NUTRICION. PACIENTE AL MOMENTO AFEBRIL ASINTOMATICO, EXAMEN FISICO GENERAL DENTRO DE LO NORMAL. SE BRINDA ASESORIA EN ALIMENTACION, EN CUIDADOS GENERALES. SE CITA PARA SEGUIMIENTO SEGUN SEGUIMIENTO NOMINAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO	F849		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-15	10:30	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-09-15	10:30	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

