

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	TORRES	ARIEL SEBASTIAN	17	05	2017	8 años, 5 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0851470088	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EDDY MARIA y LAS DOS BOCAS	096-896-7247 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	0851470088	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2025	11	12	
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 MASCULINO DE 8 AÑOS SIN PATOLOGIAS DE BASE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE. REFIERE QUE PRESENTA DIFICULTAD VISUAL DE LARGA DATA SIN MEJORIA EVIDENTE, RAZON POR LA QUE SU MADRE REALIZA EXAMEN VISUAL. MADRE ACUDE ADEMAS CON CERTIFICADO REALIZADO EN OPTICA DEBIDO A SU DIFICULTAD VISUAL EN EL CUAL INDICA PRESENCIA DE CICATRIZ POR TOXOPLASMOSIS EN AMBOS OJOS Y QUE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALISTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FONDO DE OJO: CICATRIZ POR TOXOPLASMOSIS EN AMBOS OJOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OCULOPATIA DEBIDA A TOXOPLASMA	B580	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-12	09:55	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 FIRMADO ELECTRÓNICAMENTE POR: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ validar únicamente con FirmaEC

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
2025-11-12	09:55	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	