

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARTINEZ	ANCHUNDIA	TYRA CORTNEY	21	05	2015	10 años, 11 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0960047298	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROGA y	096-106-1760 /
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	0960047298	MATA PALO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	14
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 DE 10 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE BIOLOGICA, MADE SOLICITA VALORACION PARA ACCEDER A CALIFICACION DE DISCAPACIDAD, PACIENTE NO COOPERA A LA ENTREVISTA, DESORIENTADA, QUE SEGUN REFIERE LA MADRE, EXISTIERON MUCHAS DIFICULTADES AL FINAL DEL EMBARAZO, LO QUE PROVOCO UNA CESAREA A LAS 32 SEMANAS, NACIDA DEPRIMIDO, DESDE EL PUNTO DE VISTA RESPIRATORIO, CON RETARDO POSTERIORMENTE EN EL DESARROLLO PSICOMOTOR, HIPOACUSIA. AHORA TANTO EN LA ESCUELA Y EN LA CASA SE COMPORTA AGRESIVA, IRRITABLE, NO ADQUIERE HABILIDADES ESCOLARES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	F700		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-14	09:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-05-14	09:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	