

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
AMERA	AMERA	JESUS GAEL	22	01	2018	7 años, 6 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0962176947	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	JORGE GALLARDO y	098-187-8096 /
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	0962176947	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	24
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 7 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CITA MEDICA DE CONTROL EN COMPAÑIA DE SU MAMA. PACIENTE CON APP DE DISCAPACIDAD FISICA 80%, PCI, HIPOTIROIDISMO CONGENITO, EPILEPTICO. ALERGIAS NO REFIERE, APQX NO REFIERE. AL MOMENTO ACOMPAÑANTE REFIERE QUE PACIENTE HA ESTADO PRESENTANDO CONGESTION NASAL DESDE HACE 1 SEMANA Y LAGAÑAS DURANTE LAS MAÑANAS. HOSPITALIZADO HACE 2 SEMANAS DURANTE 3 DIAS POR HABER PRESENTADO CRISIS CONVULSIVA EN DOS OCASIONES. AL EXAMEN FISICO SE AUSCULTAN CAMPOS PULMONARES LIMPIOS. EN FOSAS NAALES SE OBSERVAN SECRECIONES NAALES EN ESCASA CANTIDAD. PACIENTE NO HA ESTADO EN SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DESDE HACE 3 AÑOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TIPOS DE PARALISIS CEREBRAL	G808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-24	11:13	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	



Firmado electrónicamente por:
CARLOS ANTONIO
VILLACIS DE LA CRUZ
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
2025-07-24	11:13	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	