

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRIONES	ZAMBRANO	CARLOS ADRIAN	29	03	2006	19 años, 11 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1207820273	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	CALLE 6TA Y LA K y	095-884-5920 /
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	1207820273	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Hospitalización	Neurología		2026	03	10
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 19 AÑOS DE EDAD QUE PRESENTA DISCAPACIDAD MENTAL CON RETASO MENTAL SIN VALORACION POR LO QUE SE ENVIA A PSICOLOGIA PARA VALORACION DE TEST DE MAYO MAS DISCAPACIDAD FISICA POR QUE SE PASA A TRAUMATOLOGIA CON DEFICIT NEUROLOGICO TRASTORNO EN LA MARCHA, FALTA DE TONO MUSCULAR EN MIEMBROS SUPERIORES DANIELS 4/5 CON MANOS EN GARRAS, CON FALTA DE TONO MUSCULAR EN MIEMBROS INFERIORES DANIELS 4/5 CON TONOCIDAD DIS MINUIDA LO QUE PROVOCA CAIDAS DE SU PROPIA ALTURA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	F710		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-10	08:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	

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 clínico

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
2026-03-10	08:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	