

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PERALTA	MERA	ANTHONY ISRAEL	11	01	1998	27 años, 6 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1250795307	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	VIA CHONE y	099-061-3379 / (02)-376-7663
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	1250795307	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	07	28
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 27 AÑOS, 6 MESES EDAD CRONOLÓGICA QUE LLEGA A CONSULTA CON HERMANO, REFIERE DIFÍCIL EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA- APRENDIZAJE, SE GRADÚA RECIENTE EL AÑO PASADO DE BACHILLER EN EL PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA ADULTO, ES UN PACIENTE CON POCO DATOS DE GESTACIÓN Y NACIMIENTO, SE SABE QUE NACE CON LEUCEMIA QUE CON TRATAMIENTO DE VARIOS AÑOS PUDO SUPERAR FAVORABLEMENTE. SE HA DEDICADO A LABORES DEL CAMPO O LAVADOS DE VEHÍCULOS QUE NO SE HA SABIDO MANTENER, SI REALIZA ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA . EN CONSULTA PACIENTE NO ACTIVO- REACTIVO CON SOSPECHA DE RETRASO INTELECTUAL... SE TRAMITA REFERENCIA A HOSP NAPOLEON DAVILA DE CHONE PARA VALORACION POR NEUROLOGIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NN

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
2025-07-28	15:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	

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
2025-07-28	15:16	Medicina Familiar Y Comunitaria	FRANKLIN LENIN DAZA CHAGUAY	1009-16-1448233	