

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MUENTES	INTRIAGO	JONMER EDUARDO	15	09	1973	52 años, 6 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1309822474	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA NARANJOS 1 y	098-547-7900 /
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	1309822474	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	Neurología	2026	03	31
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

USUARIO QUE ES TRAÍDO POR FAMILIAR (HERMANA) QUIEN REFIERE QUE EL PARTO DE LA MAMÁ FUE REALZADO EN CASA Y ATENDIDO POR "PARTERA", NO HUBO LLANTO INMEDIATO, NO HAY DATOS DE NEURO DESARROLLO, REFIERE FAMILIAR QUE A LA EDAD DE 8 MESES PRESENTA AFECTACIÓN POR VIRUS DE DE POLIOMIELITIS??, HERMANA MENCIONA QUE DESDE QUE RECUERDA HA PRESENTADO EL USUARIO ALTERACIÓN DE LOS MOVIMIENTOS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, ACTUALMENTE PRESENTA ALTERACIONES DE LOS MOVIMIENTOS DE LOS 4 MIEMBROS, GRAVE PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN POR ALTERACIÓN DEL LENGUAJE, EL DÍA DE HOY NO TRAEN ANEXO 2 QUE EXPLIQUE PATOLOGÍA PRESENTE EN EL USUARIO, SE REALIZARA REFERENCIA A NEUROLOGÍA A FIN DE DETERMINAR DIAGNOSTICO DEFINITIVO O CONTINUAR CON PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN EN EL AMBITO DE DISCAPACIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS CEREBRAL DISCINETICA	G803	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-31	09:33	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 FIRMA Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaBC

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
2026-03-31	09:33	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

