

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	MACIAS	CARLOS VINICIO	05	05	1988	37 años, 7 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1311448706	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVDA MARCOS ARAY DUEÑAS y SANTA MARTHA	096-830-0842 / (00)-000-0000
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	1311448706	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	12	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 clinico

PCT CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, RETRASO MENTAL Y TRASTORNO DEL LENGUAJE, ACTUALMENTE EN CONTROLES CON NEUROLOGÍA, MEDICADO CON CARBAMAZEPINA 200MG 8 AM, Y QUETIAPINA 20MG 8 PM. MADRE REFIERE QUE PACIENTE NO HA PRESENTADO CUADROS CONVULSIVOS EN LOS ULTIMOS MESES, SE ENCUENTRA ESTABLE Y ASINTOMATICO. DIURESIS CONSERVADA, DEPOSICIONES NORMALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO PARA CONTROL POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	F719		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-31	08:23	Medicina Rural	DANA MILENA MOREIRA VELASQUEZ	1350190912	

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