

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	LOOR	CRISTHIAN SEBASTIAN	22	07	2002	24 años, 0 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312436197	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	EL JUNCAL y LOS ALMENDROS	098-660-7222 /
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	1312436197	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D12 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2026	08	05
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

ACUDE PARA CONTROL Y SEGUIMIENTO, APP DE DISCAPACIDAD FÍSICA 98%, SECUNDARIO QUISTES CEREBRALES Y PARÁLISIS CEREBRAL, USA DE SILLAS DE RUEDAS PARA SU MOVILIZACIÓN, REFIERE MADRE QUE SE ENCUENTRAN MUY BIEN, BUEN APETITO, NO CEFALEA, NO MAREOS, NO TINNITUS, SE DA ORIENTACIONES HIGIÉNICO DIETÉTICAS, CONTROL DEL PESO Y TRATAMIENTO MEDICO.. RIESGO CV A 10 AÑOS: 3% (BAJO). PUNTUACION FINDRISK: 2 (BAJO). SE ENVIA PARA VALORACION ESPECIALIZADA SUBSECUENTE. *0990950466 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CUADRIPLÉJIA, PERDIDA DEL TONO Y FUERZA MUSCULAR GENERAL DEL CUERPO, RETRASO EN DESARROLLO PSICOMOTOR, NO HABLA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTES CEREBRALES CONGENITOS	Q046		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	13:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-08-05	13:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

