

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	HIDALGO	JEAN CARLOS	02	03	2004	21 años, 10 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	1312857962	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA TRES MARIAS y	093-914-6751 /
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	1312857962	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA				13D07 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:					Fecha			
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA			Consulta externa	Medicina Interna	2026	01	19
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 21 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTES DE SÍNDROME DE DOWN, DISCAPACIDAD INTELECTUAL 71 %, AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, MENCIONA MADRE QUE EN OCASIONES TIENE DOLOR EN EL PECHO DE GRAN INTENSIDAD. MENCIONA QUE LLEVA CONTROLES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, LE HAN REALIZADO ECOCARDIOGRAMA PERO NO HAN SIDO REVISADOS. SE REALIZA REFERENCIA PARA VALORACIÓN Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACIÓN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	Q909		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-19	14:07	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	 Firmado electrónicamente por: JESUS GREGORIO LOOR VERA Validar únicamente con FirmaaEC

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
2026-01-19	14:07	Medicina General	JESUS GREGORIO LOOR VERA	1317375283	