

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
OLMEDO	LUQUE	CRISTOBAL EDUARDO	01	02	2002	23 años, 0 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1312859687	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AVC CARLOS ALBERTO ARAY y	096-779-6204 /
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	1312859687	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	2025	02	05
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 ACUDE SOLO, REFIERE QUE EN SU NIÑEZ FUE ACREDITADO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL (A LOS 4 AÑOS) A LOS 11 AÑOS NUEVAMENTE ES CALIFICADO CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL SITUACIÓN QUE EVIDENTEMENTE NO PRESENTA YA QUE REALIZA TODAS LAS ACTIVIDADES DE TIPO COGNITIVO: PENSAMIENTO, RAZONAMIENTO, EJECUCIÓN ETC. SIN PROBLEMA ALGUNO MÁS SIN EMBARGO PRESENTA ALTERACIÓN DE MOVIMIENTOS DE MANO Y AL CAMINAR MÁS SIN EMBARGO LOGRA MANIPULAR CON MANO AFECTA, AL REALIZAR LA MARCHA PRESENTA MÍNIMA ALTERACIÓN, COMENTA USUARIO QUE HA PRESENTADO CLAUDICACIÓN (ESPORÁDICA) , SE EXPLICA ACERCA DEL PROCESO DE EVALUACIÓN Y CALIFICACIÓN DE ACUERDO A LA NORMATIVA 0227, SE HARÁ REFERENCIA A NEUROLOGÍA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE REQUIERE DE EVALUACIÓN ESPECIALIZADA PARA REALIZAR RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MONONEUROPATIAS DEL MIEMBRO SUPERIOR	G568	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-05	08:43	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

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