

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	LOOR	RAMON EDUARDO	11	01	2004	22 años, 6 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313179077	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA SAN GREGORIO y	098-660-7222 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1313179077	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	Cardiología	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 FISICA 98%, SECUNDARIO A QUISTES CEREBRALES CONGÉNITOS Y PARÁLISIS CEREBRAL, TAQUICARDIA PAROXISTICA CON TTO CON BISOPROLOL (CONCOR) 1.25 mg UNA TABLETA AL DÍA, HTA CON TTO MEDICO CON ENALAPRIL 10mg UNA TABLETA AL DÍA, USO DE SILLA DE RUEDAS PARA SU MOVILIZACIÓN, RIESGO CV A 10 AÑOS: 1% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 4 (BAJO). SE ENVIO A SU SERVICIO PARA VALORACION SUBSECUENTE.. **0990950466 ***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FC: 80x', TA: 119/76 x'

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TAQUICARDIA PAROXISTICA, NO ESPECIFICADA	I479		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	12:58	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	12:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
HIDALGO	LOOR	RAMON EDUARDO	11	01	2004	22 años, 6 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1313179077	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	VIA SAN GREGORIO y	098-660-7222 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area	
MSP	1313179077	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 FISICA 98%, SECUNDARIO A QUISTES CEREBRALES CONGÉNITOS Y PARÁLISIS CEREBRAL, USO DE SILLA DE RUEDAS PARA SU MOVILIZACIÓN, ANQUILOSIS DE EXTREMIDADES, RETRASO MENTAL GRAVE, RIESGO CV A 10 AÑOS: 1% (BAJO). PUNTUACIÓN FINDRISK: 4 (BAJO). TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SE ENVIA A SU SERVICIO PARA VALORACIÓN SUBSECUENTE. **0990950466***

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RETRASO MENTAL GRAVE - MODERADO. CUADRIPLÉJIA, EMITE SONIDOS PARA COMUNICARSE, ENTIENDE LO QUE SE LE DICE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
QUISTES CEREBRALES CONGENITOS	Q046		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-05	12:58	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	12:58	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	