

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres     | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | SIXTO PABLO | 22                  | 12  | 1968 | 56 años, 7 meses, 29 días | Hombre  |
|                  |                  |             | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1315108843        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | PUEBLITO DE RIO GRANDE y SN  | 095-885-3663 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1315108843      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Neurología   |  | 2025  | 08  | 20  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                            |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada             | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:                         | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | solicitud de especialidad para seguimiento |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

control medico ademas de solicitud para seguimiento de neurologia en hospital ademas de controles centro de salud

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

na

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                 | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO | F729   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL  | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2025-08-20 | 09:30 | Medicina Familiar Y Comunitaria | WILMER XAVIER LOOR LOOR | 1309526042 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|-------------------------|------------|-------|
| 2025-08-20 | 09:30 | Medicina Familiar Y Comunitaria | WILMER XAVIER LOOR LOOR | 1309526042 |       |