

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	YIRELY NAHOMI	08	11	2008	16 años, 9 meses, 18 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315416642	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RIO SANTO y	999-999-9999 /
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	1315416642	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	08	26
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

ADOLESCENTE CON ANTECEDENTES DE QUE ACUDE A LA UNIDAD TRAIDA POR SU MADRE QUIEN INDICA QUE PACIENTE PRESENTA ANTECEDENTES DE HEMIAMOTROFIA CEREBRAL PROBABLEMENTE DERECHA YA QUE MADRE NO RECUERDA CON EXACTITUD CUAL ES EL LADO AFECTO INDICA QUE FUE TRATADA EN EL CENI PORTOVIEJO DONDE LE MEDICARON RISPERIDONA 10 GOTAS AM Y 10 GOTAS PM. ADEMÁS INDICA QUE PRESENTA CRISIS DE AUSENCIAS ADEMÁS DE MOVIMIENTOS ANORMALES. ADEMÁS DE PERÍODOS DE AGRESIVIDAD DESDE HACE VARIOS MESES. COMO ANTECEDENTES PERINATALES INDICA QUE DURANTE LOS INICIOS DEL EMBARAZO PRESENTÓ PROBLEMAS DE VESÍCULA BILIAR POR LO CUAL LE ADMINISTRARON SIN NÚMERO DE MEDICACIÓN YA QUE NO TUVO CONOCIMIENTO DE SU EMBARAZO HASTA LOS 4 MESES. POSTERIOR A ESTO PRESENTÓ UN EMBARAZO DE ALTO RIESGO CON COMPLICACIONES DENTRO DEL MISMO ADEMÁS DE UNA CAÍDA AL FINAL DEL EMBARAZO. AL MOMENTO DE NACER INDICA QUE PRESENTÓ HIPOXIA DEL RECIÉN NACIDO POR LO CUAL REQUIRIÓ OXÍGENO. SE SOLICITA REFERENCIA CON NEUROLOGÍA PARA REEVALUACIÓN Y RECALIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ENFERMEDADES DEGENERATIVAS ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO	G318		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-26	08:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-08-26	08:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

