

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	LOPEZ	MARIA ESTEFANIA	12	09	2000	25 años, 1 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315627347	MANABI	CHONE	RICAURTE	EL PARAMO II y	096-921-9951 /
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	1315627347	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	10	16
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 SOLICITA CALIFICACION DE DISCAPACIDAD PSICOMOTRICIDAD -LENGUAJE En la paciente existió retraso en el desarrollo psicomotriz y del lenguaje, hasta la actualidad presenta dificultad para pronunciar algunas palabras, presenta lentitud o precipitación tanto en el pensamiento como en la acción, comprende ordenes complejas dentro de su marco referencial, el uso del lenguaje se realiza como instrumento practico e inmediato. HABILIDADES DE AUTONOMIA PERSONAL Y SOCIAL La paciente necesita alguna guía y orientación para realizar alguna de las actividades de la vida diaria de autocuidado, como indicarle que se bañe, lavarse los dientes, indicarle que actividades realizar, sabe desenvuelve por si sola en lugares rutinarios y habituales, pero necesita guía cuando se moviliza fuera de su entorno habitual, presenta limitaciones para organizar una rutina diaria, adaptación lenta a lugares ajenos a su entorno social, utiliza recursos que ofrece la comunidad con asesoramiento, su núcleo de referencia social se restringe frecuentemente a la familia y el lugar de residencia, colabora en tareas del núcleo familiar como barrer, lavar platos, trapear y cocinar algo fácil. PROCESO EDUCATIVO En la etapa académica presento fracaso e inadaptación en niveles avanzados de la escolaridad, logra terminar la secundaria con apoyo académico, presento dificultad para retener información que contenía algún grado de complejidad, necesitaba siempre apoyo pedagógico y guía a diario para realizar las actividades académicas , logro la adquisición de técnicas instrumentales básicas ,lecto - escritura comprensiva limitada a niveles muy elementales. PROCESO OCUPACIONAL -LABORAL No realiza actividad laboral remunerada, desarrollo de tareas manipulativas rutinarias, ritmo inconstante en la ejecución de actividades, incapacidad de organización y planificación de su tiempo libre. CONDUCTA En la paciente se observa inseguridad y falta de iniciativa en la realización de actividades académicas y actividades de la dinámica de vida, su estado emocional, fácilmente es influenciable por el medio y por las personas, se adapta lentamente lenta a los lugares nuevos. APLICACIÓN DE TEST PSICOLOGICO TEST DE MAYO, determina Deficiencia o deterioro Mental. Puntajes: Orientación =6, Atención=4, Aprendizaje=4, Calculo=3, Abstracción=3, Información=2, Construcción=2, Revocación=1. TOTAL= 25 = DEFICIENCIA -DETERIORO MENTAL LEVE Se realiza entrevista clínica, observación clínica y aplicación de reactivos psicológicos, se obtiene indicadores clínicos del manual CIE-10 Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento, se toma indicadores del manual de calificación de discapacidad.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	F791		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-16	09:52	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 clínico

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
2025-10-16	09:52	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	