

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLAMIL	VELASQUEZ	JAVIER ISAAC	02	01	2009	16 años, 1 meses, 16 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1315932432	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PLAYITA y	099-250-3652 /
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	1315932432	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2025	02	18
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 DE 16 AÑOS DE EDAD , SEXO HOMBRE , CON ANTECEDENTE DE RETRASO MENTAL LEVE, MADRE REFIERE QUE S U CUADRO LO PRESENTA DESDE LOS 2 AÑOS DE EDAD POSTERIOR A PRESENTAR CONVULSIONES FEBRILES, TRATADO CON ZECLONEX, ACIDO VALPROICO, SERTRALINA, MADRE REFIERE QUE PACIENTE POR MOMENTOS SE PRESENTA MUY AGRESIVO A PESAR DE TRATAMIENTO, POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE MEDICO ESPECIALISTA 0992503652

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 16 AÑOS DE EDAD , SEXO HOMBRE , CON ANTECEDENTE DE RETRASO MENTAL LEVE, MADRE REFIERE QUE S U CUADRO LO PRESENTA DESDE LOS 2 AÑOS DE EDAD POSTERIOR A PRESENTAR CONVULSIONES FEBRILES, TRATADO CON ZECLONEX, ACIDO VALPROICO, SERTRALINA, MADRE REFIERE QUE PACIENTE POR MOMENTOS SE PRESENTA MUY AGRESIVO A PESAR DE TRATAMIENTO, POR LO QUE SOLICITA REFERENCIA PARA VALORACION, CONTROL Y SEGUIMIENTO DE MEDICO ESPECIALISTA 0992503652

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	F700		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-18	13:04	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

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
2025-02-18	13:04	Medicina General	ENI ALET LOPERA RODRIGUEZ	1305567248	

