

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	NAPA	PEDRO ANTONIO	27	04	2007	18 años, 9 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316532454	MANABI	CHONE	CONVENTO	EDEN y EDEN	099-339-1861 /
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	1316532454	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psiquiatría	2026	02	10
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 MASCULINO DE 18 AÑOS DE EDAD VIENE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU PADRE PARA PODER SABER CUAL ES EL GRADO DE DISCAPACIDAD QUE TIENE YA QUE EN EL COLEGIO NO ESTUDIA Y EL SUFRE DE ENFERMEDADES DE LA PIEL Y QUIERE UN CARNET PARA PODER SEGUIR EL TRATAMIENTO AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ALERTA ESTABLE A FEBRIL SE LE IMPOSIBILITA REALIZAR LA MAYORIA DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA Y NECESITA APOYO DEL PADRE PARA REALIZAR ESTAS ACTUVIDADES AHY ALGUNAS VECES CUANDO HABLA QUE SE LE ENTIENDEN LAS PALABRAS Y OTRAS NO YA QUE HABLA CON DIFICULTAD ESTO LE PASO YA QUE A LOS 3 AÑOS EL SE CAYO DE SU CASA DE UN BALCON DE MADERA DE 1 METRO Y MEDIO Y A LOS 5 AÑOS LE SALIO UN TUMOR EN EL CEREBRO TUVO UN TRATAMIENTO CON UN DOCTOR DE CHONE AFECTANDO SU FORMA DE HABLAR YA QUE MO HABLA MUY BIEN AHY PALABRAS QUE SE LES ENTIENDE Y OTRAS NO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DISARTRIA, IMPOSIBILIDAD DE CAMINAR SOLO NECESITA AYUDA DE ALGUIEN MAS PARA PODER HACER SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA LIMITACION DE LAS ACTIVIDADES DEBIDO A DISCAPACIDAD	Z736		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	12:20	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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
2026-02-10	12:20	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

