

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CALLE	EDGAR EDUARDO	02	08	2008	17 años, 8 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316536927	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS NARANJOS 1 y	099-638-6122 /
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	1316536927	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	04	13
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 17 AÑOS ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE Y PARA SOLICITAR REFERENCIA A NEUROLOGIA, APP: DISTROFIA MUSCULAR DE BECKER Y DE DUCHENNE EN SEGUIMIENTO POR NEURÓLOGO PARTICULAR CON EVOLUCIÓN PROGRESIVA DE ENFERMEDAD NEUROMUSCULAR. FAMILIAR REFIERE DETERIORO FUNCIONAL PROGRESIVO, ACTUALMENTE CON LIMITACIÓN SEVERA PARA LA DEMABULACIÓN. AL EXAMEN FÍSICO IMPOSIBILIDAD DE DEAMBULACIÓN, FUERZA MUSCULAR EN EXTREMIDADES INFERIORES AUSENTE, SENSIBILIDAD CONSERVADA, PACIENTE REFIERE DOLOR EN EXTREMIDADES INFERIORES DE FORMA CRÓNICA QUE EN OCASIONES SE ACOMPAÑA DE PARESTESIAS. FAMILIAR REFIERE NECESITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA OBTENER CALIFICACIÓN DE CARNET DE DISCAPACIDAD Y SEGUIMIENTO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE DISTROFIA DE BECKER Y DE DUCHENNE QUE HA ESTADO EN TRATAMIENTO CON NEUROLOGO PARTICULAR, FAMILIAR REQUIERE VALORACIÓN POR NEUROLOGIA PARA LLENADO DE FORMULARIO Y ACTUALIZACIÓN DE CARNET DE DISCAPACIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DISTROFIA MUSCULAR	G710		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-13	14:54	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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
2026-04-13	14:54	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

