

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	CEDEÑO	JULIO CESAR	29	10	2008	17 años, 1 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316608270	MANABI	CHONE	RICAURTE	CALLE SIMON BOLIVAR y FRENTE AL COLEGIO COLON ARTEAGA	098-041-3522 / 098-537-5541
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	1316608270	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna	2025	12	04
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 CON ANTECEDENTES DE PREMATURIDAD, BAJO PESO APARENTE PARA LA EDAD Y NECESIDAD DE REANIMACIÓN NEONATAL SEGÚN REFERENCIA MATERNA; ADEMÁS, PRESENTA HISTORIA DE DIFICULTAD PARA GANAR PESO Y TALLA DURANTE SU DESARROLLO TEMPRANO Y ACTUALMENTE SU MADRE REFIERE PROBLEMAS EN EL RENDIMIENTO ESCOLAR. SEGÚN EL CUADRO CLÍNICO EXPUESTO: PREMATURIDAD, REANIMACIÓN AL NACER, RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DIFICULTADES COGNITIVAS O DE APRENDIZAJE, PODRÍA SUGERIR SECUELAS DEL NEURODESARROLLO NO DIAGNOSTICADAS, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN EN SEGUNDO NIVEL POR ESPECIALIDAD PARA DEFINIR MANEJO Y POSIBLE VALORACIÓN POR ENDOCRINOLOGÍA PARA EVALUAR FACTORES QUE PUEDAN ESTAR INCIDIENDO EN SU CRECIMIENTO, DESARROLLO COGNITIVO Y DESEMPEÑO ESCOLAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BAJA TALLA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO	F849	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-04	10:44	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-12-04	10:44	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

