

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MUÑOZ	JOHAN MANUEL	14	07	2008	17 años, 1 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350206734	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	LATACUNGA y	096-375-6151 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1350206734	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría	2025	09	03	
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

ADOLESCENTE CON ANTECEDENTES DE ENCEFALOPATÍA HIPÓXICA ISQUÉMICA (ASFIXIA PERINATAL QUE REQUIRIÓ RCP Y OXIGENOTERAPIA POR 3 DÍAS), TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO Y DE LAS HABILIDADES ESCOLARES, ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE Y PSICOLOGÍA EDUCATIVA POR CONTROL Y VALORACIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO PRIVADOS (DESCRITOS EN APARTADO CORRESPONDIENTE) EN LOS QUE SE EVIDENCIA LINFOCITOSIS, HELICOBACTER PYLORI EN HECES POSITIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: BH: LEU 10.0 LINF 60 % NEUT 40 % HB 15.0 HTO 48 VCM PLT 210.000 HELICOBACTER PYLORI: POSITIVO ACIDO LACTICO: GLUCOSA: 83 MG/DL, COLESTEROL TOTAL: 118 MG/DL, TRIGLICERIDOS: 98 MG7DL, TGO: 26 U/L, TGP: 37 U/L

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE- 10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	F799		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-03	12:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965	Firmado electrónicamente por: ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS Validar únicamente con FirmaBC

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
2025-09-03	12:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	ROXI YOHOMARA MOSCOSO MACIAS	1309801965	