

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RODRIGUEZ	CUSME	ISAIAS ISMAEL	18	01	2013	13 años, 4 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350527741	MANABI	CHONE	SANTA RITA	TACHEVE	098-381-4766 /
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	1350527741	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	09
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 13 AÑOS 4 MESES DE EDAD. APP: SOPLO CARDIACO APF: ABUELOS MATERNOS DM E HTA, AQX: NIEGA AA: NIEGA. PACIENTE CON ALIMENTACIÓN BALANCEADA. ACUDE ACOMPAÑADA DE LA MADRE A CONSULTA, AL MOMENTO REFIERE PRESENTAR CUADRO CLINICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL MAS QUE TODO DE LEJOS, QUE LE REPERCUTE EN AULA DE CLASES, ASI MISMO REFIERE LAGRIMEOS CON AUMENTO DE LA FRECUENCIA DEL PARPADEO Y CEFALEA HOLOCRANEANA, MADRE REFIERE QUE YA CUENTA CON LENTES SIN EMBARGO AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO TRAE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFICIENCIA VISUAL NO ESPECIFICADA (BINOCULAR)	H549	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-09	08:05	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-06-09	08:05	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	