

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MALA	PIN	KEVIN JOSE	22	12	2012	13 años, 4 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350546360	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA LA FLORESTA y	096-735-2263 /
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	1350546360	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSP. NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	05	21
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 CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL 65%, ACUDE A ESTA CASA DE SLUD EN COMPAÑIA DE MADRE LA CUAL MENCIONA QUE MENOR HA PRESENTADO CAMBIOS EN SU ACTITUD Y DESENVOLVIMIENTO. ACTUALMENTE PRESENTA TIC DE MOVIMIENTO EN AMBOS BRAZOS MAS HOMBROS, INDICA QUE REALIZA ESTO POR SENTIR CORRIENTANSOS QUE HACEN QUE HAGA ESTE MOVIMIENTO. NO HA COLVULSIONADO PERO LAS CEFALEAS SON INTENSAS SE VUELVE IRRITABLE, NO HA DESARROLLADO AGRESIVIDAD AUN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NEUROLOGIA PEDIATRICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL MODERADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	F711		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-21	11:51	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-05-21	11:51	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	