

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| MOLINA           | CRUZATTY         | MIGUEL EDUARDO | 10                  | 09  | 2009 | 16 años, 1 meses, 7 días | Hombre  |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1350668172        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | BARRIO SAN MIGUEL y          | 096-933-6919 /       |
| 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                 | 1350668172      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neurología   | 2025  | 10  | 17  |
| 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

Atención subsecuente, aplicación de test de mayo es una valoración rápida y estandarizada del estado cognitivo de un individuo para identificar posibles deterioros o déficits. • Orientación: 6/8 • Atención y Concentración: 5/7 • Aprendizaje y Memoria (Fijación y Recuperación): 4/4 • Cálculo: 2/8 • Abstracción: 2/4 • Información: 3/4 • Construcción (Praxis Constructiva): 2/4 Tota 24, lo que indica deficiencia en la esfera mental- Hay un leve déficit en la orientación espacio-temporal, déficit significativo en habilidades de cálculo, muestra un rendimiento bajo en la capacidad de conceptualización. Madre durante el embarazo estuvo expuesta a nivel de estrés crónico (exposición fetal), padre con diagnóstico de bipolaridad, hermana menor con mutismo selectivo y primo paterno con autismo.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

deficiencia en la esfera mental

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                     | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO | F700   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD       | NOMBRE DEL PROFESIONAL         | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                  |
|------------|-------|--------------------|--------------------------------|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-17 | 11:51 | Psicología Clínica | KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ | 1312804220 |  <div>Firmado electrónicamente por:<br/>KARINA RAMONA<br/>PALACIOS ORDOÑEZ<br/>Validar únicamente con FirmaEC</div> |

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 |
|------------|-------|--------------------|--------------------------------|------------|-------|
| 2025-10-17 | 11:51 | Psicología Clínica | KARINA RAMONA PALACIOS ORDOÑEZ | 1312804220 |       |

