

REPUBLICA DEL ECUADOR  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL  
IDENTIFICACIÓN Y CEDULACIÓN

CEDULA DE CIUDADANIA MED No. 135093170-3

APellidos y Nombres  
DELGADO ZAMBRANO  
MERCEDES YAMILET

LUGAR DE NACIMIENTO  
MANABI  
EL CARMEN  
EL CARMEN

FECHA DE NACIMIENTO 2008-05-03

NACIONALIDAD ECUATORIANA

SEXO F

ESTADO CIVIL SOLTERA



INSTRUCCION BASICA PROFESION / OCUPACION ESTUDIANTE E113311111

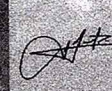
APellidos y Nombres del Padre  
XXXX XXXX

APellidos y Nombres de la Madre  
DELGADO ZAMBRANO ANA KAREN

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICION  
CHONE  
2013-08-14

FECHA DE EXPIRACION  
2023-08-14

00047267

 DIRECTOR GENERAL

 PRIMARIA DEL CEDULADO



## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |               |               | Edad                         | Sexo                 |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|---------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| DELGADO          | ZAMBRANO         | MERCEDES YAMILET  | 03                  | 05            | 2008          | 16 años, 6 meses, 25 días    | Mujer                |
|                  |                  |                   | día                 | mes           | año           | a-m-d                        | 1=H 2=M              |
| Nacionalidad     | País             | Identificación    | Lugar de residencia |               |               | Dirección                    | No Telefónico        |
| ECUATORIANO/A    | ECUADOR          | 1350931703        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | FLAVIO ALFARO | LA TIGRERA y SN              | 000-000-0000 /       |
| 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                 | 1350931703                               | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO | HOSPITAL BASICO  | 13D07 / ZONA 4 |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                                            |                  | Fecha          |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                                            | Consulta externa | Psiquiatría    |
|                     |                                          |                                            |                  | 2024 11 28     |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio                                   | Especialidad     | día mes año    |

### 2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                                            |                                                         |
|------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva <input type="checkbox"/>     | Saturación capacidad instalada <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional <input type="checkbox"/> | Otros/especifique: <input type="checkbox"/>             |
| Falta de profesional <input checked="" type="checkbox"/>   |                                                         |

### 3. Resumen del cuadro clínico

paciente presenta cefaleas occipital desde hace 8 años aproximadamente acompañada de estado de depresión y irritabilidad. quiere ingresar a programa de discapacidad, CsPs: claros, RsCs: ritmicos

### 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

normal

### 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                                                                               |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| 2024-11-28 | 15:03 | Medicina Interna | ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO | 0907072664 |  |

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema                   | His.Clinica No.          | Establecimiento de salud | Tipo          | Servicio | Especialidad |     |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|----------|--------------|-----|
| Contrarefiere o Referencia inversa a: |                          |                          |               |          |              |     |
| 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 |
|------------|-------|------------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-11-28 | 15:03 | Medicina Interna | ROMULO DIOGENES MONTALVO PULECIO | 0907072664 |       |