

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	CHAVEZ	WILLIAM ANDRE	03	01	2010	15 años, 8 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351099005	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE y	098-816-8105 /
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	1351099005	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2025	09	22	
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 QUE ACUDE EN COMPAÑÍA DE FAMILIAR (ABUELA MATERNA Y PRIMA MATERNA) QUIEN REFIERE QUE LA MAMÁ DURANTE EL EMBARAZO NO PRESENTO COMPLICACIONES, REALIZO PARTO VÍA VAGINAL SIN APARENTE COMPLICACIONES, NO HAY DATOS DE NEURODESARROLLO SIN EMBARGO ABUELA MENCIONA QUE LOGRA LA CAMINATA A LOS 10 MESES, LENGUAJE TARDÍO (3 AÑOS) REFIERE QUE DESDE UN INICIO DE LA ETAPA ESCOLAR NO LOGRA EL APRENDIZAJE SIN EMBARGO LOS PROFESORES NO LE MENCIONA SIN EMBARGO REFIEREN QUE ACTUALMENTE CONTINUA CON ESTA SITUACIÓN ACADÉMICA. REFIEREN FAMILIARES, REFIERE QUE EN LA NIÑEZ PRESENTO CONVULSIONES FEBRILES Y SEGUN MENCIONA FAMILIAR QUE HACE APROXIMADAMENTE 3 MESES EL ADOLESCENTE LO ENCONTRARON INCONSCIENTE SIN SABER EL MOTIVO, HA RECIBIDO EN ESTA CASA DE SALUD POR PSICOLOGÍA QUIEN DETERMINA DIAGNOSTICO DE RETRASO MENTAL MODERADO. EN EL ÁMBITO FÍSICO O SENSORIAL NO PRESENTA DEFICIENCIAS POR LO QUE CONTINUARA CON ENTREVISTAS DEL EQUIPO CALIFICADOR

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
EPILEPSIA, TIPO NO ESPECIFICADO	G409	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-22	07:33	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ Validar únicamente con FirmaEC

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 clínico

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
2025-09-22	07:33	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

