



FORMULARIO DE REFERENCIA, DERIVACIÓN, CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido paterno		Apellido materno		Nombres		Fecha de Nacimiento		Edad	Sexo
Panuga		Delgado		Sondry Steven		15/05/2010		14	H
						día mes año		d-m-a	H/M
Nacionalidad	País	Cédula de Ciudadanía ó Pasaporte	Lugar de residencia actual		Dirección Domicilio			N° Teléfono	
Ecuatoriana	Ecuador	135120171-8	Manabí Chone Boyaró		61 Capucho			0994850657	
Ver Instructivo	Describir País	Cédula diez dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria		Convencional/Celular	

II. REFERENCIA: 1 ☒ DERIVACIÓN: 2 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica No.	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	
MSP		Centro de Salud Boyaró	A	13009	
Refiere o Deriva a:					
Fecha					
MSP	Hospital General El Chone	Consulta Externa	Pediatría		26/09/24
Entidad del sistema	Establecimiento de Salud	Servicio	Especialidad		día mes año

2. Motivo de la Referencia o Derivación:

- Limitada capacidad resolutive 1 ☒ Saturación de capacidad instalada 4 ☐
Ausencia temporal del profesional 2 ☐ Otros /Especifique: 5 ☐
Falta de profesional 3 ☐

3. Resumen del cuadro clínico

Paciente de 14 años en antecedentes de epilepsia con tratamiento actual al centro de salud por presentar dificultad en el lenguaje, refiere que pronuncia algunas palabras y otros se le dificulta entenderlo solo cuando la escuela por el mismo problema necesita valoración

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

1	Trastorno del desarrollo del habla y del lenguaje no especificado	CIE-10	PRE	DEF
2		I809		X

Nombre del profesional Dra. Gabriela Baqueri Código MSP: 172052541 Firma: [Firma]

III. CONTRAREFERENCIA: 3 ☐ REFERENCIA INVERSA: 4 ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del sistema	Hist. Clínica Nro.	Establecimiento de Salud	Tipo	Servicio	Especialidad del servicio
Contrarefiere o Referencia Inversa a:					
Fecha					
Entidad del Sistema	Establecimiento de Salud	Tipo	Distrito/Área	día	mes año

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamientos y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

1		CIE-10	PRE	DEF
2				

6. Tratamiento recomendado a seguir en Establecimiento de Salud de menor nivel de complejidad

Nombre del profesional especialista: _____ Código MSP: _____ Firma: _____