

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOREIRA	PONCE	JESUS AGUSTIN	30	07	2010	15 años, 2 meses, 6 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351364003	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	LA BOWEN y	099-865-2558 /
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	1351364003	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	10	06	
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

MASculino DE 15 AÑOS 9 MESES ACUDE A CS PARA CONTINUAR PROCESO DE CALIFICACION QUE DEJO A MEDIAS EN AÑOS PREVIOS PERO MADRE INDICA AHORA NECESIDAD POR TEMA ESCOLAR QUE LE SOLICITAN EL CARNET DE DISCAPACIDAD. ENTREGA CERTIFICADO REALIZADO POR LA PSICOLOGA YANIRA CANDELA EL AÑO 2022 DONDE INDICA QUE SE DETECTA DEFICIT COGNITIVO IMPORTANTE, ATENCION DISPERSA Y BAJA CONCENTRACION, INESTABILIDAD EMOCIONAL, LENTITUD EN PENSAMIENTO Y ACCION, PROBLEMAS EN EL LEGUAJE Y COMUNICACIÓN. APP: AL NACER PRESENTO HIPOXIA CEREBRAL, CONVULSIONES FEBRILES HASTA LOS 5 AÑOS. LOS DOCENTES SOLICITAN EN DIAGNOSTICO POR ESPECIALIDAD YA QUE LES CUESTA TRABAJAR CON EL PACIENTE. -AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, AFEBRIL, CALMADO. -EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO, CUELLO: SIN ADENOPATIA, TÓRAX: SIMÉTRICO CS PS: CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDÍACOS: RÍTMICOS Y NORMOFONÉTICOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOR, PELVIS: NORMAL, SE HACE INTERCONSULTA A PSICOLOGIA Y REFERENCIA A NEUROLOGIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO CUENTA CON LABORATORIOS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	F799	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-06	11:02	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firma únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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
2025-10-06	11:02	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	

