

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLA	SOLORZANO	SCARLETH NARCISA	15	09	2007	17 años, 11 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	1351512197	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN RITA y	098-667-4592 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

I. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1351512197	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	I3D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología	2025	09	09
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	☐	CAMBIOS DE CONDUCTA VIOLENTOS, TENDENCIA A ATRACCION POR SEXO OPUESTO, CAMBIO DE CIUDAD Y VIVIENDA, PROBLEMAS FAMILIARES	

3. Resumen del cuadro clinico

Usuaría asiste a consulta de su comadre la Sra. María Solorzano, . Usuaría con discapacidad intelectual del 66% . Usuaría se presenta alerta, colaboradora, usuaria levemente orientada en persona, usuaria desorientada en tiempo, usuaria orientada en espacio . Usuaría responde sin dificultad a los estímulos realizados durante la entrevista, pensamiento y lenguaje poco lentificados, lenguaje entendible. Madre usuaria refiere que observa a su hija tocarse genitales y observa secreción tipo amarillenta maloliente. Usuaría se muestra poco ansiosa, en consulta. madre refiere preocupación por cambio de comportamiento algo agresivo con las hermanas, vecinas, además refiere preocupación porque su hija refiere atracción física y deseo de irse de su casa, además refiere haber pasado por un proceso legal con padre de sus hijas y menciona que afecta a su comportamiento, MADRE REFIERE CAMBIO DE NUMERO TELEFONICO 0986674592

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO	F721		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-09	09:32	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

III. CONTRAREFERENCIA ☐ REFERENCIA INVERSA ☐

I. 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
2025-09-09	09:32	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	