

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALENCIA	ZAMBRANO	RAMON MATEO	24	09	2012	13 años, 4 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351570872	MANABI	CHONE	CANUTO	CALLE FLORIDA y	098-016-0274 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1351570872	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Neurología		2026	02	10
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

PACIENTE MASCULINO DE 13 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL CON PORCENTAJE DEL 57%, ACUDE A CONSULTA PARA EVALUACIÓN MÉDICA. REFIERE NO HABER TENIDO CONTROLES PREVIOS POR NEUROLOGÍA. FAMILIARES MANIFIESTAN QUE EN LOS ÚLTIMOS DÍAS EL PACIENTE HA PRESENTADO EPISODIOS DE CONDUCTAS AGRESIVAS HACIA SU ENTORNO FAMILIAR, DE APARICIÓN SÚBITA. PACIENTE REFIERE QUE LOS EPISODIOS SON REPENTINOS Y NIEGA CAMBIOS DEL ESTADO DE ÁNIMO PREVIOS O POSTERIORES. NIEGA CEFALEA, FIEBRE, CONVULSIONES, ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA U OTRA SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN SE ENCUENTRA CLÍNICAMENTE ESTABLE Y SIN SIGNOS DE ALARMA; SIN EMBARGO, POR LOS CAMBIOS CONDUCTUALES REFERIDOS Y LA AUSENCIA DE SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO PREVIO, SE CONSIDERA NECESARIA REFERENCIA A PSICOLOGÍA Y NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN INTEGRAL Y MANEJO ESPECIALIZADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SN

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL, NO ESPECIFICADO, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	F790	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2026-02-10	12:46	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	 Firmado electrónicamente por: MABEL MARIA PALMA GARCIA Validar únicamente con FirmaBC

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 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
2026-02-10	12:46	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	