

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                       | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|----------------------------|---------|
| BARBERAN         | CANDELA          | DHANNA JAVIERA | 20                  | 10  | 2011 | 13 años, 11 meses, 26 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                      | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|----------------------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1351677115        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | SANRA MARTHA y ENTRE ALEJO LASCANO Y MALECON | 099-995-5369 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 1351677115      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Neurología   | 2025  | 10  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 13 AÑOS 11 MESES 26 DÍAS CON ANTECEDENTES DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL DEL 46 %, AUTISMO, ESQUIZOFRENIA, ACUDE EN COMPAÑIA DE PADRE, REFIERE QUE PRESENTA CRISIS DE AUSENCIA ÚLTIMA CRISIS HACE 1 MES, ALUCINACIONES VISUALES Y AUDITIVAS . AL MOMENTO AFEBRIL ESTABLE, SE REALIZA REFERENCIA CON NEUROLOGÍA PARA VALORACIÓN Y CONDUCTA A SEGUIR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

| Diagnóstico          | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------|--------|-----|-----|
| SINDROME DE ASPERGER | F845   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL   | CÓDIGO     | FIRMA                                                                                                                                                                                                    |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2025-10-16 | 11:06 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 | <br>Firmado electrónicamente por:<br><b>JESUS GREGORIO LOOR VERA</b><br><small>Validar únicamente con FirmaEC</small> |

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 |
|------------|-------|------------------|--------------------------|------------|-------|
| 2025-10-16 | 11:06 | Medicina General | JESUS GREGORIO LOOR VERA | 1317375283 |       |