

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	CHAVARRIA	ANA LIZ	27	11	2015	8 años, 11 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352268385	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	12 DE OCTUBRE y	098-966-0449 /
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	1352268385	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	11	12
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

MUCOPOLISACÁRIDO TIPO III

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE EN ESTUDIO CON GENÉTICA POR PRESENTA FENOTIPO CONDUCTUAL COMPATIBLE CON MPS TIPO III. EL CUAL SOLICITA SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA. ACUDE A LA CONSULTA EN COMPAÑIA DE LA MADRE BIOLÓGICA. NO SE RECOGEN ANTECEDENTES DE INTERÉS EN LA ETAPA PRENATAL NI PERINATAL TEMPRANA. NACIÓ POR CESÁREA A TÉRMINO. LLORÓ AL NACER. HASTA LOS 4 AÑOS PRESENTÓ UN DESARROLLO NORMAL. PRESENTA SIGNOS DE REGRESIÓN. SE MUESTRA ANSIOSA, HIPERACTIVA E IMPULSIVA. CON SIGNOS DE AFECTACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO INTELECTUAL Y ADAPTATIVO. - ID: MPS TIPO III

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MUCOPOLISACARIDOSIS NO ESPECIFICADA	E763		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-12	11:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-12	11:48	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	