

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	CEDEÑO	JOMAIRA STEFANIA	04	05	2016	9 años, 8 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352393654	MANABI	CHONE	SANTA RITA	HACHA y NA	093-972-5362 /
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	1352393654	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	01	28
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 FEMENINA DE 9 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE CONOCIDO DE HIPERMETROPIA Y AMBLIOPÍA, EN TRATAMIENTO CON USO PERMANENTE DE LENTES CORRECTIVOS. ACUDE POR PRESENTAR DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL PROGRESIVA, REFERIDA POR LA PACIENTE PESE AL USO DE LENTES, ASOCIADA A CEFALEA RECURRENTE DE PREDOMINIO FRONTAL, DE INTENSIDAD VARIABLE, QUE INTERFIERE CON ACTIVIDADES ESCOLARES. ADICIONALMENTE, PRESENTA EPISODIOS DE EPISTAXIS INTERMITENTE, DE PREDOMINIO ANTERIOR, AUTOLIMITADOS, SIN ANTECEDENTE TRAUMÁTICO NI SIGNOS DE INFECCIÓN RESPIRATORIA ALTA AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN. AL EXAMEN FÍSICO GENERAL: PACIENTE EN CONDICIONES GENERALES ESTABLES, NEUROLÓGICAMENTE ACTIVA Y REACTIVA. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE FOCALIZACIÓN NEUROLÓGICA. ORL SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS AGUDOS EVIDENTES. SE REFIERE A PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN INTEGRAL Y NUEVA VALORACIÓN POR OPTALMOLOGÍA, CON EL FIN DE REEVALUAR AGUDEZA VISUAL, GRADUACIÓN DE LENTES, EVOLUCIÓN DE AMBLIOPÍA Y DESCARTAR PATOLOGÍA OCULAR ASOCIADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERMETROPIA	H520		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-28	13:39	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

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
2026-01-28	13:39	Medicina Rural	NANCY YIMMABELL CANDELA ZAMBRANO	1315568772	

