

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	RIVAS	MARIA CAROLINA	12	10	2016	7 años, 11 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352494072	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-293-6683 /
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	1352494072	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	09	19
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	☐	SINDROME EN ESTUDIO	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 7 AÑOS DE EDAD, APP DISCAPACIDAD INTELECUTAL Y FISICA SINDROMICA EN ESTUDIO. ES TRAIDA POR SU MADRE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA SOLICITAR REFERENCIA. DEBIDO A QUE POR DIFICULTADES ECONOMICAS PERDIO TURNO SUBSECUENTE. REFIERE LA MADRE QUE NIÑA PRESENTA ASFIXIA AL NACER CON RETRASO MOTOR Y DESDE EL AÑO DE VIDA DIAGNOSTICA CATARATA BILATERAL. LE REALIZAN CONTROLES MEDICOS EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA, HOSPITAL VERDI CEVALLOS, HOSPITAL DE BAHIA. AL MOMENTO ACTIVA, REACTIVA, MADRE REFIERE QUE PRESENTA CUADROS DE CONSTIPACION. TLF 0962936683

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD

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
2024-09-19	11:56	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	

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
2024-09-19	11:56	Medicina Rural	EVELYN ALEJANDRA VERDUGA MENENDEZ	2350364754	

