

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	RIVAS	MARIA CAROLINA	12	10	2016	8 años, 4 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	1352494072	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CHONE	096-293-6683 /
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	1352494072	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	Pediatría	2025	03	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 FEMENINA DE 8 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MAMA A CONTROL MEDICO DE RUTINA. PACIENTE CON APP DE HIPOXIA PERINATAL. CUENTA CON CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD FISICA DEL 68%. MADRE REFIERE QUE DESDE HACE POCO MAS DE AÑO Y MEDIO PACIENTE HA ESTADO PRESENTANDO CRISIS DE AUSENCIA SEGUN LO QUE LE EXPLICO UN MEDICO PEDIATRA. MADRE DICE REQUERIR RECALIFICACION POR DISCAPACIDAD Y REFERENCIA PARA CONTINUAR SEGUIMIENTO CON PEDIATRIA. DICE QUE AUN DESCONOCE CUAL ES LA CONDICION DE SU HIJA PESE A HABER ESTADO CON VARIOS MEDICOS. EN ESPERA DE REFERENCIA POR CARDIOLOGIA. PACIENTE NO RECIBE NINGUN TIPO DE MEDICACION, DICE QUE UNICAMENTE LE PRESCRIBEN VITAMINAS EN OCASIONES.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

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
2025-03-10	13:39	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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