

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROMERO	RIVAS	MARIA CAROLINA	12	10	2016	8 años, 10 meses, 29 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	Conveccional/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		2025	09	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 ☐

PERDIDA DE CITA SUBSECUENTE POR ESPECIALIDAD PARA REVISION DE EXAMEN DE IMAGEN (RESONANCIA)

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 8 AÑOS, CON APP: DISCAPACIDAD FISICA 68%, APF: NO REFIERE, ACUDE CON MADRE POR CONTROL MEDICO Y POR REFERENCIA A PEDIATRIA YA QUE REFIERE PERDIO CITA DE SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD POR ASUNTOS PERSONALES. AL MOMENTO REFIERE RINORREA Y TOS PRODUCTIVA DE UNA SEMANA DE EVOLUCIÓN, NIEGA ALZA TERMICA Y OTROS SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0962936683 // 0995953723

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
2025-09-10	14:00	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-09-10	14:00	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

