

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BASURTO	VILLAPRADO	EFRAIN MISAE	10	02	2017	9 años, 3 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352560013	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	SN y	098-910-7786 /
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	1352560013	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	05	20
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 9A 3M, APP DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL 78%, SECUNDARIO A RETRASO MENTAL MODERADO, INSUFICIENCIA RENAL ESTADIO 4 EN ESTUDIO EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO, DESNUTRICIÓN CRÓNICA, SORDOMUDEZ DESDE LA INFANCIA, SE COMUNICA CON SEÑAS, NO EMITE SONIDOS, SE ENCUENTRA EN TERAPIA DE REHABILITACIÓN, PERO NO HAY MEJORÍA, POR LO QUE SE ORIENTA ESTUDIO AUDITIVO CON AUDIOMETRIA, PARA VALORACIÓN INTEGRAL. NIEGA OTROS SÍNTOMAS, QUE SE ENCUENTRA MUY BIEN, BUEN APETITO, ORINA Y DEFECA SIN DIFICULTAD, ESQUEMA DE VACUNA COMPLETO, SE LA OBSERVA APARENTEMENTE CON BUEN ESTADO GENERAL, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SORDOMUDEZ SE COMUNICA CON SEÑAS. RETRASO MENTAL MODERADO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SORDOMUDEZ, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	H913		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-20	08:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

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
2026-05-20	08:11	Medicina Familiar Y Comunitaria	JUAN JOSE ZAMBRANO PINCAY	93	

