

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DUEÑAS	GONZALES	KETZIA CHARLOTTE	28	08	2017	7 años, 11 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352683229	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CALLA ROCAFUERTE y PICHINCHA	098-912-5654 /
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	1352683229	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	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 QUE ES TRAÍDA POR MADRE LA CUAL REFIERE QUE MENOR TIENE PROBLEMAS EN EL DES ENVOLVIMIENTO ACADÉMICO, COMO ANTES CEDENTE MENCIONA QUE ELLA TUVO ZIKA EN EL EMBARAZO, PARTO POR CES AREA PROGRAMADA, MENOR TIENE PROBLEMAS ADEMAS AL PRONUNCIAR PALABRAS CON SILABAS COMPUESTAS CON LETRA R Y LL. MANEJA TABLAS DE MULTIPLICAR SOLO HASTA EL 4 Y CON PROBLEMAS DE RESPUESTA. MADRE INDICA QUE TIENE PROBLEMAS DE RINITIS, Y ALERGIA EN LA PIEL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA DE EVALUACIÓN CON PSICOLOGÍA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETRASO MENTAL LEVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO NULO O MINIMO	F700	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	12:50	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2025-07-28	12:50	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	