

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	ANCHUNDIA	JORIS ANDY	21	12	2017	8 años, 1 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352764789	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y	099-027-0912 /
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	1352764789	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	02	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 MASCULINO DE 8 AÑOS DE EDAD CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 65%, ACUDE A CITA MÉDICA EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN REFIERE PACIENTE HA PRESENTADO CRISIS CARACTERIZADAS POR PALIDEZ GENERALIZADA, VÓMITOS Y DESMAYOS, MADRE REFIERE QUE CRISIS DURAN MÁS EN RELACIÓN EN COMPARACIÓN CON LAS ANTERIORES. ACTUALMENTE PACIENTE SIN ALTERACIONES EN EL EXAMEN FÍSICO, NI SIGNOS DE ALARMA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL DEL 65% QUE REQUIERE REHABILITACION YA HA TENIDO SEGUIMIENTOS ANTERIORES EN EL HOSPITAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ATENCION POR OTROS PROCEDIMIENTOS DE REHABILITACION	Z508		

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-10	13:40	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	

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 clínico

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
2026-02-10	13:40	Medicina Rural	ANGIE PAOLA CANDELA MIENTES	1313700039	