

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FARIAS	MENDOZA	MATHIAS JAZIEL	24	07	2018	7 años, 9 meses, 12 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352923807	MANABI	CHONE	SANTA RITA	9 DE OCTUBRE y	098-665-9598 /
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	1352923807	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	05	06
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

MATHIAS PACIENTE MASCULINO DE 7 AÑO 9 MESES DE EDAD. SIN APP, APF: ABUELO MATERNO CANCER DE GARGANTA AA: NIEGA. SE REALIZA VISITA EN DONDE MADRE CUENTA CON LABORATORIOS YA REPORTADOS. MADRE REFIERE QUE PACIENTE SE ENCUENTRA ASINTOMATICA, ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO. PACIENTE ESTABLE Y COLABORADOR, SE REALIZA CONTROL SIN NOVEDADES. EXAMEN FISICO: NORMOCEFALICO. OJOS: ESTRABISMO CONVERGENTE. BOCA: MUCOSAS ORALES HÚMEDAS. OROFARINGE: SIN ALTERACIÓN. CUELLO: SIMÉTRICO SIN ADENOPATÍAS. TÓRAX: ELASTICIDAD Y EXPANSIBILIDAD CONSERVADA. MURMULLO VESICULAR CONSERVADO. CORAZÓN: RUIDOS CARDÍACOS NORMOFONÉTICOS. ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A PALPACIÓN SUPERFICIAL NI PROFUNDA. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS SIN ALTERACIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: TGO 29.2 / TGP 12.2 BIOMETRIA HEMATICA: LINFOCITOS 3.5 / HEMOGLOBINA 13.1 / HCT 39.3 / VCM 83.0 / PLAQUETAS 287 /

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTRABISMO, NO ESPECIFICADO	H509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	10:01	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

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
2026-05-06	10:01	Medicina Rural	HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE	1315563245	

