

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	ZAMBRANO	KLEVER SAMAEL	03	08	2018	8 años, 0 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352930539	MANABI	CHONE	CONVENTO	LA CHONTA y	096-071-0385 /
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	1352930539	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Psicología Clínica	2026	08	04
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 ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD POR REFERIR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR CEFALEA Y ADEMAS HOY ACUDE PARA REVISION DE EXAMENES DE LABORATORIO. APP: NO REFIERE AQX: NO REFIERE. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL, ACTIVO . TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO . MADRE REFIERE NECESIDAD DE ENTENDER A SU HIJO POR AREA DE PSICOLOGIA . PACIENTE CON TRASTORNO DE HIPERACTIVIDAD Y TDA. MADRE REFIERE FALTA DE CONCENTRACION EN ESTUDIOS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE NO LOGRA CONCENTRARSE DURANTE LA CONSULTA. RESPONDE A PREGUNTAS BASICAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERACTIVIDAD	R463		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-04	15:21	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-08-04	15:21	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	