

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BEJARANO	ORTEGA	EMILIA MARTINA	05	03	2019	7 años, 4 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353083254	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y SN	098-331-7676 /
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	1353083254	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	07	27
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	☐	valoración anexo 2 discapacidad. HEP	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE CON APP DE MONOPARESIA EN MIEMBRO INFERIOR IZQUEIRDO ASOCIADA A PIE CAVO IZQUIERDO ACTUALMENTE EN FISIOTERAPIA, HA SIDO VALORADO POR NEUROLOGÍA PEDIATRICA Y PRESENTANDO LEVE ESPASTICIDAD, HIPERRREFLEXIA PATELAR IPSILATRAL, ASIMETRÍA DINÁMICA, PIÉ CAVO IZQUIERDO, EN RESONANCIA DE ENCÉFALO QUE EVIDENCIA QUISTE ARACNOIDEO EN LA FOSA CRANEAL MEDIA GENERAL DERECHA GALASSI TIPO I ADICIONALMENTE, SE IDENTIFICA FOCO DE GLIOSIS INESPECÍFICA O DESMIELINIZACIÓN FOCAL LINEAL EN LA SUSTANCIA BLANCA PERIVENTRICULAR DERECHA QUE CARECE DE RESTRICCIÓN A LA DIFUSIÓN O DEPÓSITOS DE HEMOSIDERINA. PACIENTE HA TENIDO VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD A FIN SIN EMBARGO AMERITA CALIFICACIÓN POR LO QUE SE ENVÍA A SEGUNDO NIVEL PARA SU DERIVACIÓN PREVIA A TERCER NIVEL SEGÚN NOS HAN INFORMADO PROTOCOLOS, CON LOS CUALES NO ESTAMOS DE ACUERDO DADO EL CASO. 0992753016 kazita3115@gmail.com

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

adjunto

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA DIPLEJICA	G801		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-27	13:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-07-27	13:53	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	