

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CUSME	CEDEÑO	JOHNNY ALEXANDER	05	04	2019	6 años, 8 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	1353108267	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	RIO GRANDE y	099-216-4784 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo		Distrito/Area		
MSP	1353108267	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	17
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad		día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive ☐	Saturación capacidad instalada ☐
Ausencia temporal del profesional ☐	Otros/especifique: ☒
Falta de profesional ☐	ESTRABISMO CONVERGENTE EN OJO IZQUIERDO Y PTOSIS PALPEBRAL DEL MISMO OJO. ABUELA MENCIONA CEFALEAS CONSTANTES EN LOS ULTMOS DIAS Y FOTOFOBIA

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 6 AÑOS DE EDAD, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU ABUELA, POR PRESENTAR CUADRO CLÍNICO DE VARIOS AÑOS DE EVOLUCIÓN QUE ULTIMAMENTE SE HA INTENSIFICADO, CARACTERIZADO POR ESTRABISMO CONVERGENTE EN OJO IZQUIERDO Y PTOSIS PALPEBRAL DEL MISMO OJO. ABUELA MENCIONA CEFALEAS CONSTANTES EN LOS ULTMOS DIAS Y FOTOFOBIA, MENCIONA LAGRIMEO EN OCASIONES. AL MOMENTO, PACIENTE ACTIVO, REACTIVO Y LUCE HIDRATADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0959444422

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTRABISMO CONCOMITANTE DIVERGENTE	H501		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-17	11:35	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	

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
2025-12-17	11:35	Medicina Rural	LADY GEMA SAAVEDRA MUÑOZ	1314916030	