

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| ZAMBRANO         | ZAMBRANO         | EITHAN JOSUE | 14                  | 04  | 2019 | 5 años, 6 meses, 14 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353114125        | MANABI              | CHONE  | CANUTO    | CALLE CORDOVA y SN           | 097-867-4531 /      |
| 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                 | 1353114125      | CANUTO                   | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                          |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|--------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | CHONE                    | Consulta externa | Pediatría    | 2024  | 10  | 28  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PEDIATRICO DE 5 AÑOS 6 MESES DE EDAD, TEF 097867453 QUE ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR CUADRO CLINICO DE VARIOS MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR MALA CONDUCTA EN LA ESCUELA, COMPORTAMIENTOS AGRESIVOS, NO REALIZA ACTIVIDADES ESCOLARES, NO PRESTA ATENCION, HIPERACTIVIDAD. APP: OSTEOCONDROMA DX HACE VARIOS AÑOS SIN TRATAMIENTO CON PEDIATRIA, ALERGIAS: NO REFIERE. AL MOMENTO ESTABLE, ACTIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMENES ENVIADOS

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                    | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNO HIPERACTIVO ASOCIADO CON RETRASO MENTAL Y MOVIMIENTOS ESTEREOTIPADOS | F844   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL           | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-28 | 21:27 | Medicina Rural | JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR | 1313631234 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-28 | 21:27 | Medicina Rural | JENIFFER YAMILEX MOREIRA ALCIVAR | 1313631234 |       |