

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	DEMER A	MAILEN ELIANIS	16	10	2019	5 años, 5 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353252248	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	7 DE JUNIO y RÍO JAMA	099-661-9335 / (09)-966-1935
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	1353252248	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	03	18
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

USUARIA DE 5 AÑOS Y 5 MESES DE EDAD CON SÍNDROME DE DOWN, QUIEN ES TRAÍDA POR SU MADRE A CONTROL MÉDICO DE LA NIÑA, AL MOMENTO ASINTOMÁTICA, NIEGA SIGNO SINTOMATOLOGÍA DE ALARMA. CONSIDERANDO CONDICIÓN DE BASE DE LA USUARIA, USUARIA EN SEGUIMIENTO POR TERAPIA DE LENGUAJE LA CUAL RECOMIENDA TERAPIA OCUPACIONAL ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y FISIOTERAPIA PARA MEJORAR LA SENSIBILIDAD Y EL TONO MUSCULAR. SE REFIERE A SU SERVICIO PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRISOMIA 21, POR TRANSLOCACION	Q902		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	15:11	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-03-18	15:11	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	