

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MONTALBAN	GALARZA	LUIS ANTONIO	28	01	2020	5 años, 5 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353316522	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO y	098-668-9785 /
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	1353316522	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	07	08
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 DE 5 AÑOS, CON APP: NO REFIERE, APF: NO REFIERE, ACUDE CON MADRE CON CONTROL MÉDICO Y REFIERE ODINOFAGIA, NIEGA ALZA TERMICA, NIEGA TOS, NIEGA OTROS SINTOMAS ACOMPAÑANTES. MADRE REFIERE ESTRABISMO HACE 2 AÑOS. REFIERE QUE TUVO INICIÓ SUBITO PRIMERO FUE EL OJO DERECHO, POSTERIORMENTE EL OJO IZQUIERDO. AL EXAMEN FISICO SE OBSERVA ESTRABISMO EN AMBOS OJOS, NO SE EVIDENCIA PROBLEMAS VISUALES, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL. AL MOMENTO PACIENTE ORIENTADO, ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTRABISMO SUBITO. NUMERO: 0993848804 // 0967596621

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTRABISMO, NO ESPECIFICADO	H509		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-08	12:17	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-07-08	12:17	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	