

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
NINASUNTA	CARDENAS	DEIVY GUSTAVO	14	03	2020	5 años, 5 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353346370	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV AMAZONAS y CALLEJON SIN SALIDA	099-897-6629 /
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	1353346370	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	08	14
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 DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA VALORACIÓN. MADRE REFIERE QUE PACIENTE SE ENCUENTRA EN EDUCACIÓN INICIAL Y QUE HA SIDO INFORMADA POR LOS MAESTROS DEL PACIENTE, QUE PRESENTA CONDUCTAS DE HIPERACTIVIDAD Y STIMMING. REFIERE A SU VEZ ENCONTRARSE EN CONTROLES CON TERAPIA DE LENGUAJE Y PSICOLOGÍA EN ROTARY CLUB. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE ALIMENTACIÓN VARIADA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN SE OBSERVA INFANTE ACTIVO, REACTIVO, QUIEN RESPONDE A PREGUNTAS Y SIGUE COMANDOS. PACIENTE NO LOGRA PERMANECER SENTADO, SE MUESTRA CURIOSO ANTE OBJETOS DENTRO DEL CONSULTORIO Y SE EXPRESA CON FACILIDAD // 0998976629.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACIÓN. TEL: 0998976629

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPERACTIVIDAD	R463		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	10:03	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-08-14	10:03	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

