

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	NAPA	JESUS GABRIEL	04	05	2020	5 años, 5 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353376260	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	EL BEJUCO y	099-727-9820 /
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	1353376260	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	28
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

ESCOLAR DE 5 AÑOS, CON ANTECEDENTE DE MICROCEFALIA Y RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO EN CONTROL CON NEURO-PEDIATRICA, QUE ACUDE CON SU MADRE POR CONTROL Y AUSENCIA DE DEPOSICIONES DE DOS DÍAS DE EVOLUCIÓN LAS CUALES SOLO LAS REALIZA CON SUPOSITORIO DE GLICERINA. AL MOMENTO AFEBRIL, SIN SOSTEN CEFALICO, NO CAMINA, NO HABLA, SOLO RESPUESTA A ESTIMULOS DOLOROSOS, SIN PATOLOGIA INFECCIOSA AL MOMENTO. MADRE INDICA CONTROL POR NEUROLOGIA DE ADULTO EN EL CERI, EN TRATAMIENTO CON CARBAMAZEPINA AL 2% POR CONVULSIONES (5ML QD), ADEMAS SE ENCUENTRA EN TERAPIA DE ESTIMULACIÓN LENGUAJE, OCUPACIONAL, FISICA Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA; SE SOLICITA VALORACIÓN DE SEGUNDO NIVEL PARA SU VALORACIÓN Y DERIVACIÓN A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO	R620		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	08:50	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	 Firmado electrónicamente por: GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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

