

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CANDELA	VERA	LANDY NATHAN	17	11	2020	5 años, 6 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353513227	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	PICHINCHA y 7 DE AGOSTO	098-858-4594 /
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	1353513227	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	2026	05	19
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive

☐

Saturación capacidad instalada

☐

Ausencia temporal del profesional

☐

Otros/especifique:

☒

Falta de profesional

☐

evaluación de especialidad par remitir a tercer nivel

3. Resumen del cuadro clinico

Paciente acude a consulta en compañía de su madre quien refiere que el menor tiene dificultades para dormir y conciliar el sueño. Incluso cuando parece que esta durmiendo mantiene sobresaltos y agitación, lo que hace que el sueño no sea reparador, cuando se levanta no logra conciliar el sueño con facilidad. por lo que se le percibe cansado e irritable. incluso en ocasiones no concilia el sueño por mas cansado que este y eso también lo desregula y se intranquiliza. S e observa también mantiene quínestesia, no se puede estar tranquilo a menos que realice una actividad que le guste. y sin embargo se aburre rápido. Se observa torpeza motora , hipersensibilidad auditiva y gustativa. Antecedentes: Embarazo normal, todos los controles y todas la vacunas, nace por cesárea a las 36 semanas, no lloro inmediatamente y el llanto no fue vigoroso, no necesito oxígeno. no hubo apego inmediato . dificultad en la lactancia materna. se sentó y gateo en el tiempo correspondiente c amino a los 11 meses. Madre refiere que fue rápido en los hitos del desarrollo. requiere evaluación de especialidad y apoyo farmacológico

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

sin exámenes

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO NO ORGANICO DEL SUEÑO, NO ESPECIFICADO	F519	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	15:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	 Validar únicamente en FirmaEC. Firmado electrónicamente por: MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ

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 complejo

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-19	15:08	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA GORETTI MOREIRA SANCHEZ	1308622487	