

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	RODRIGUEZ	YEIKOOL ZETHBIEL	24	08	2021	4 años, 3 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353702416	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CIUDADELA MAGALY DE COLAMARCO y LOS RAIDISTAS	099-074-2671 / (99)-999-9999
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	1353702416	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	12	12
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	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE PREESCOLAR MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD, APP: ASMA EN TTO CON SALBUTAMO. AQX: NO REFIERE ALERGIAS: AINES, QUE ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE 3 DÍAS DE EVOLUCIÓN, CARACTERIZADO POR DEBILIDAD SÚBITA Y ASIMETRÍA FACIAL COMPATIBLE CON PARÁLISIS DE BELL, ACOMPAÑADO ADEMÁS DE ALZA TÉRMICA NO CUANTIFICADA EN EL INICIO DEL CUADRO. ADEMÁS REFIERE DIFICULTAD PARA CERRAR EL OJO DEL LADO AFECTADO Y DESVIACIÓN DE LA COMISURA LABIAL AL HABLAR Y SONREÍR. NIEGA ALERGIAS CONOCIDAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DÉFICIT MOTOR PERIFÉRICO DEL VII PAR CRANEAL EN HEMICARA DERECHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS DE BELL	G510		X



Firmado electrónicamente por:
**MAURO ALBERTO
ZAMBRANO BRAVO**
FIRMA
Validar únicamente con FirmasC

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL		
2025-12-12	12:28	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2025-12-12	12:28	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

