

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MORALES	VELEZ	HECTOR ENRIQUE	29	12	2021	4 años, 2 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

0993171516

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353790411	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA 30 DE MARZO y CALLE CHE GUEVARA	098-545-3571 /
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	1353790411	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	03	26
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 CON ANTECEDENTE DE PARALISIS CEREBRAL INFANTIL, DISCAPACIDAD FISICA DEL 83%, TRABAJO DE PARTO PROLONGADO , NACIÓ POR CESAREA, ACTUALMENTE TIENE RETARDO DEL DESARROLLO, TRASTORNO DEL EQUILIBRIO, MIEMBROS INFERIORES EN TIJERA CON TENDENCIA A EQUINO VARO REDUCIBLE, RETRASO EN PAUTAS DEL LENGUAJE . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ABUELA REFIERE MEJORIA REALIZA TERAPIA FISICA Y DE LENGUAJE. DEPENDIENTE DL USO DE PAÑAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SEGUIMIENTO POR ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS CEREBRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	G809		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-26	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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
2026-03-26	14:30	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

