

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TUAREZ	MUÑOZ	JACDIEL JOSSUE	27	02	2022	4 años, 4 meses, 13 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353827932	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA TABLADA DE SANCHEZ y	099-233-5686 /
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	1353827932	NAUSE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	09
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 MASCULINO DE 4 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A CONSULTA ACOMPAÑADO DE SU MADRE POR ALTERACIÓN VISUAL DEL OJO DERECHO. MADRE REFIERE QUE FUE ENVIADO DESDE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, YA QUE LA DOCENTE OBSERVÓ DIFICULTAD PARA IDENTIFICAR OBJETOS Y RESPONDER A ESTÍMULOS VISUALES CON DICHO OJO. REFIERE QUE DESDE EL NACIMIENTO EL OJO DERECHO HA SIDO DE MENOR TAMAÑO EN COMPARACIÓN CON EL IZQUIERDO. MENCIONA HABER ACUDIDO PREVIAMENTE A VALORACIONES PARTICULARES, DONDE LE INDICARON QUE NO EXISTÍAN ALTERACIONES DE IMPORTANCIA. SIN EMBARGO, EN LOS ÚLTIMOS MESES HA NOTADO DIS MINUCIÓN PROGRESIVA DE LA AGUDEZA VISUAL, MAYOR DESVIACIÓN OCULAR, EPÍFORA (LAGRIMEO CONSTANTE) E HIPEREMIA OCULAR RECURRENTE DEL OJO DERECHO. NIEGA TRAUMATISMOS, USO EXCESIVO DE PANTALLAS O ANTECEDENTES DE CIRUGÍA OCULAR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTRABISMO, NO ESPECIFICADO	H509	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-09	13:20	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

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
2026-07-09	13:20	Medicina Rural	JAHAIRA MICHELLE PONCE LOPEZ	1351700222	

