

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHERES	PAZMIÑO	WILSON EDUARDO	20	01	2021	4 años, 7 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353865882	MANABI	CHONE	BOYACA	LA BARRANCA y	095-918-4651 /
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	1353865882	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	08	25
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 ACUDE A CONTROL DE NIÑO SANO ACOMPAÑADO DE SU MADRE ACTUALMENTE AFEBRIL , ASINTOMATICO , SEGUN CURVATURAS DE TALLA Y PESO ENCONTRAMOS AL PACIENTE CLASIFICADO CON BAJA TALLA , LLAMA LA ATENCION MOVIMIENTOS INVOLUNTARIOS Y REPETITIVOS EN AMBOS OJOS POR LO CUAL SE INICIA TRAMITE DE REFERENCIA PARA MEJOR MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0963764965

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NISTAGMO Y OTROS MOVIMIENTOS OCULARES IRREGULARES	H55X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-25	09:05	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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
2025-08-25	09:05	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	