

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	ZAMBRANO	CARMEN GUADALUPE	16	07	2022	3 años, 1 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353921941	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CALLE RAMOS Y DUARTE y CALLE 7 DE AGOSTO	096-758-7274 / (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	1353921941	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	09	08
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	☐	ESTRABISMO OJO IZQUIERDO	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑOS 1 MES, ACUDE CON MADRE QUE REFIERE CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR ESTRABISMO INTERMITENTE EN OJO IZQUIERDO DESDE NACIMIENTO REFIERE CON ANTECEDENTES DE CONVULSIONES DESDE NACIMIENTO HASTA 3 MESES DE EDAD. AL EXAMEN FISICO DURANTE SU CONSULTA SE OBSERVA ESTRABISMO EN OJO IZQUIERDO, RESTO DE EXAMEN FISICO NORMAL AL MOMENTO EL PACIENTE NO FEBRIL ORIENTADA ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ESTRABISMO EN OJO IZQUIERDO. NUMERO: 0959093984

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-08	09:23	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

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
2025-09-08	09:23	Medicina Rural	MIGUEL ADRIAN CEDEÑO VALDIVIEZO	0931420442	

