

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	BRAVO	ADARA ANALIA	17	07	2022	3 años, 8 meses, 2 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353922824	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	SD y SD	096-886-0482 /
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	1353922824	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría		2026	03	19
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 FEMENINA DE 3 AÑOS DE EDAD, EN SEGUIMIENTO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, CON ANTECEDENTE DE DISCAPACIDAD ASOCIADA A MICROCEFALIA, QUIEN PRESENTA RETRASO GLOBAL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR, EVIDENCIADO POR LIMITACIÓN EN LA ADQUISICIÓN DE HITOS DEL DESARROLLO ACORDES A LA EDAD, COMPROMISO EN EL LENGUAJE EXPRESIVO Y RECEPTIVO, ASÍ COMO ALTERACIONES EN LA MOTRICIDAD FINA Y GRUESA. AL EXAMEN FÍSICO, PACIENTE EN CONDICIONES GENERALES ESTABLES, CONSCIENTE, REACTIVA, CON PERÍMETRO CEFÁLICO POR DEBAJO DE -2 DE PARA LA EDAD, COMPATIBLE CON MICROCEFALIA. SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. NO SE EVIDENCIAN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA NI COMPROMISO HEMODINÁMICO. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS RELEVANTES ADICIONALES. POR LO QUE SE REFIERE CON ESPECIALISTA PARA MANEJO INTEGRAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO DE TELEFONO 0963050892

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MICROCEFALIA	Q02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-19	11:29	Medicina Rural	ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES	1315296978	

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
2026-03-19	11:29	Medicina Rural	ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES	1315296978	

