

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SUAREZ	CUSME	BRIANNA YALEZKA	05	06	2023	2 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354155846	MANABI	CHONE	CANUTO	LA MOCORA y X	099-698-7285 / (98)-371-5542
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	1354155846	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	03	05
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 2 AÑOS DE EDAD, CON ANTECEDENTE PATOLÓGICO DE SÍNDROME DE WEST. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO Y PARA REFERENCIA CON FISITRIA. MADRE REFIERA QUE LA PACIENTE HA LLEVADO SEGUIMIENTO POR NEUROPEDIATRÍA DE MANERA PARTICULAR; SIN EMBARGO, INDICA QUE TIENE APROXIMADAMENTE 1 AÑO SIN CONTROLES RECIENTES Y REQUIERE RETOMAR EVALUACIÓN MÉDICA. MADRE REFIERE QUE EMPEZÓ A CAMINAR AL AÑO 6 MESES Y AÚN SE LE DIFICULTA. NO REFIERE OTRA SINTOMATOLOGIA DE RELEVANCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

REFIERE QUE EMPEZÓ A CAMINAR AL AÑO 6 MESES Y AÚN SE LE DIFICULTA, NO HABLA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIFICULTAD PARA CAMINAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	R262	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-03-05	10:05	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	

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 clínico

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
2026-03-05	10:05	Medicina Rural	MARCELA ALEJANDRA BRAVO MENDOZA	1312194671	