

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	LOPEZ	DANIEL JESUS	28	11	2023	1 años, 11 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354295766	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS RAIDISTAS y	093-917-2542 / (99)-999-9999
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	1354295766	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2025	11	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	☐	SOLICITUD DEL FAMILIAR	

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE MASCULINO DE 1 AÑO 11 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN CENTRO DE SALUD SANTA RITA ACOMPAÑADO DE SU MADRE POR CONTROL MÉDICO QUIEN NIEGA SINTOMATOLOGÍA AL MOMENTO AFEBRIL, ACTIVO, ELECTIVO, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. APP: MALFORMACIONES CONGENITAS DEL ENCEFALO NO ESPECIFICADA.; APF: NO REFIERE. EXAMEN FÍSICO NORMOCÉFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TÓRAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. SE SOLICITA REFERENCIA PARA FISIATRIA POR SOLICITUD DE MADRE.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CONTROL CON FISIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACION CONGENITA DEL ENCEFALO, NO ESPECIFICADA	Q049		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-11-25	08:56	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

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
2025-11-25	08:56	Medicina Rural	EDDY JOSE ARTEAGA CEDEÑO	1312946617	

