

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEJIA	ZAMBRANO	ADAH SOLEY	28	01	2024	2 años, 5 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354333351	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	CDLA MUNICIPAL y	000-000-0000 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud		Tipo	Distrito/Area		
MSP	1354333351	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO		HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	07	01
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

PREESCOLAR DE 2 AÑOS 5 MESES DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD NACE POR PARTO EUTOCICO A LAS 36.3 SEMANAS DE GESTACION APGAR 6/9, VACUNAS INCOMPLETAS,ALERGIAS NINGUNA, APP PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA, HIPOXIA CEREBRAL, APQ NINGUNA. PACIENTE QUE ACUDE A CONTROL YA VALORADA POR CARDIOLOGIA PEDIATRICA QUIEN LE MANIFIESTA QUE NO HAY PRESENCIA DE CARDIOPATIA, YA VALORADA POR NEUROLOGIA QUIEN MEDICA CARBAMAZEPINA 100MG/5ML 4CC C/8H (12), CLONAZEPAM 2,5MG GTS (2)3GTS C/8H PACIENTE CON TERAPIAS QUIEN AMERITA CONTINUAR CON LAS TERAPIAS POR SU MISMA PATOLOGIA, SE OBSERVA ESPASTICIDAD, AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA CONTINUAR.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS CEREBRAL ESPASTICA CUADRIPLAJICA	G800		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-01	09:44	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

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
2026-07-01	09:44	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

