

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
DURAN	BAZURTO	ISIS AYAMEY	18	07	2024	1 años, 0 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	1354444216	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BY PASS y	099-847-3580 /
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	1354444216	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	18
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

LACTANTE MAYOR FEMENINA DE 1 AÑO - QUE ACUDE A CONSULTA EN BRAZOS DE SU MADRE - TIENE BUEN APETITO -DUERME SUS 10 HORAS AL DIA - AFEBRIL ASINTOMATICO - EXAMEN FISICO NORMAL - C/SPS CLAROS VENTILADOS - R/SCS RITMICOS NORMALES - ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO - ALIMENTACION LACTANCIA COMPLEMENTARIA - ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA - VITAMINA A SI CUMPLE - HITOS DE DESARROLLO NORMALES - PESO Y TALLA ACORDE PARA LA EDAD - REFIERE QUE HACE 1 DIA MOVIMIENTO INUSUAL OCULAR DONDE MANTUVO FIJACION HACIA EL CENTRO DEL ROSTRO - HAY ANTECEDENTES NEUROLOGICOS EN LA FAMILIA COMO EPILEPSIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

''

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NISTAGMO Y OTROS MOVIMIENTOS OCULARES IRREGULARES	H55X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	10:06	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	



Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-07-18	10:06	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	