

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELIZ	ROMERO	GABRIEL ALEXANDER	19	02	2025	1 años, 3 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354580233	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CULEBRA y	096-288-7794 /
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	1354580233	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	06	12
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 DE 1 AÑO MESES DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE LECHE FORMULA A LIBRE DEMANDA + ALIMENTACION COMPLEMENTARIA BLANDA, CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME POCO. MADRE REFIERE ENCONTRARSE EN CONTROLES POR PEDIATRÍA, GENÉTICA, OFTALMOLOGÍA, HEPATOLOGÍA DEBIDO A ALTERACIÓN CONGÉNITA DE LA DESGLICOCILACIÓN, ALBINISMO OCULOCUTÁNEO, E HIDROCEFALIA. MADRE MENCIONA QUE TIENE ENZIMAS HEPATICAS ELEVADAS Y ESTA A LA ESPERA DE RESULTADOS, LLEVA CONTROLES EN GUAYAQUIL CON GENETICA, TRAE EXAMEN GENETICO CON RESULTADO POSITIVO SE IDENTIFICO GEN NGLY1, GEN OCA2, GEN MPDZ. 0967798079 - 0962887794

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

HIDROCEFALEA, Y OTROS ANALISIS: EXAMEN GENETICO CON RESULTADO POSITIVO SE IDENTIFICO GEN NGLY1, GEN OCA2, GEN MPDZ.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIDROCEFALO, NO ESPECIFICADO	G919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-12	09:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-06-12	09:34	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

