

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	GARCIA	IAM	23	03	2025	0 años, 4 meses, 5 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354594168	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	ELOY ALFARO FRENTE AL PARQUE y	097-865-6354 /
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	1354594168	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	07	28
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 MENOR DE 4 MESES DE EDAD SIN APP DE RELEVANCIA, ES TRAIIDO POR SU MADRE A ESTA CASA DE SALUD QUIEN REFIERE DESVIACION OCASIONAL DE LA MIRADA EN EL OJO IZQUIERDO DESDE EL NACIMIENTO LO CUAL HA NOTADO QUE HA IDO EVOLUCIONANDO EN LAS ULTIMAS SEMANAS. ADEMAS REFIERE QUE EN ALGUNAS OCASIONES EL LACTANTE REALIZA MOVIMIENTOS CON LA MANO HACIA EL ROSTRO, COMO SIN INTENTARA RASCARSE O TOCAR EL OJO IZQUIERDO. NIEGA PRESENCIA DE LAGRIMEO EXCESIVO, SECRECION OCULAR, FIEBRE. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ESTRABISMO CONCOMITANTE CONVERGENTE	H500	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-28	08:54	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	

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
2025-07-28	08:54	Medicina Rural	MARIA PIERINA MUÑOZ MACIAS	1313263269	