

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| PARRAGA          | ARTEAGA          | MIGUEL ANGEL | 10                  | 11  | 1990 | 35 años, 7 meses, 0 días | Hombre  |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1729984110        | MANABI              | CHONE  | CHIBUNGA  | LAS VACAS y SD               | 099-999-9999 /      |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia | Calle Principal y Secundaria | Convecional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   | Distrito/Area  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|----------------|
| MSP                 | 1729984110      | CHIBUNGA                 | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                           |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|---------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL DE CHONE | Consulta externa | Neurología   |  | 2026  | 06  | 10  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud  | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                      |                                     |                                   |                          |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad<br>resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad<br>instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del<br>profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:                | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional                 | <input type="checkbox"/>            |                                   |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE MASCULINO DE 35 AÑOS DE EDAD, ENCAMADO BAJO EL CUIDADO DE SU PADRE DE 79 AÑOS DE EDAD, EL DIA DE HOY ACUDE CON CUIDADO QUIEN MENCIONA QUERER SACAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. NO SE CONOCE DE COMPLICACIONES EN EL NACIMIENTO, NACE EN CASA CON PARTERA, SE PRESUME HAYA NACIDO CON PCI, SE DESCONOCE DE DETALLES DEL DESARROLLO INFANTIL, CUMPLE CON ESQUEMA DE VACUNAS, PRESENTO GATEO A LOS 10 MESES, PRESENTO MARCHA AL AÑO Y MEDIO, NO EXISTIÓ LA PRESENCIA DE LENGUAJE VERBAL, NO REALIZO ESTUDIOS, CONTROL DE ESFÍNTERES A LOS 15 AÑOS. SEGÚN LA VALORACIÓN EFECTUADA MINI MENTAL Y CLÍNICA MAYO SE EVIDENCIA DÉFICIT EN SUS ÁREAS COGNITIVAS DE GRADO GRAVE, SE MUESTRA DESORIENTADO EN TIEMPO Y ESPACIO SOLO RESPONDE POR SU NOMBRE, NO EXPRESA RESPUESTAS CLARAS, CON AMPLITUD DE ATENCIÓN, SE ESTABLECE POCO SELECTIVA Y DISPERSA DURANTE LA VALORACIÓN, CONCENTRACIÓN DES ENFOCADA, NO PRESENTA CAPACIDAD DE ABSTRACCIÓN, CAPACIDAD DE ANÁLISIS MUY LENTA, SE DIFICULTAD VALORAR MEMORIA Y ÁREAS SUPERIORES DEBIDO A LA LIMITACIÓN DE SU COMUNICACIÓN, EN SUS PERCEPCIONES SENSORIALES NO SE RECONOCE CONDICIÓN IMPORTANTE, SE OBSERVA DESARROLLO NULO DE HABILIDADES ESCOLARES, NO EXISTE DESARROLLO EN LAS HABILIDADES DE LECTO ESCRITURA, LENTITUD EN LA EXPRESIÓN VERBAL, NO HA DESARROLLADO LA LECTURA MECÁNICA NI COMPENSIVA, NI EN LAS HABILIDADES DE CÁLCULO BÁSICO NO LOGRA RESOLVER OPERACIONES BASICAS, NO LOGRA MANEJAR VALOR DEL DINERO, INMADURO DESARROLLO VISOMOTOR Y CONSTRUCTIVO, NIVEL COMPRENSIVO POCO FUNCIONAL, COMPORTAMIENTO CON TENDENCIA A LA QUIETUD, USO DE SU CUERPO CON LENTITUD, NO LOGRA INTEGRACIÓN DE SU ESQUEMA CORPORAL, AVD ES DEPENDIENTE EN LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES, DENTRO DE LA PUNTUACIÓN REFLEJA 9 PUNTOS LO CUAL REPRESENTA DÉFICIT COGNITIVO GRAVE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                                           | CIE-10 | PRE | DEF |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| RETRASO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO SIGNIFICATIVO, QUE REQUIERE ATENCION O TRATAMIENTO | F721   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-10 | 13:59 | Medicina Rural | ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES | 1315296978 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-10 | 13:59 | Medicina Rural | ROSY MELANNY ZAMBRANO VINCES | 1315296978 |       |