

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	SOLORZANO	DANIEL ALEJANDRO	06	11	2010	14 años, 11 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1755266853	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	ESCUDERO y	099-079-4150 / (00)-000-0000
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	1755266853	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Neurología	2025	10	13
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 ADOLESCENTE FEMENINA DE 14 AÑOS SIN PATOLOGÍAS CONOCIDAS ACUDE EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO DE 1 MES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR DOLOR EN OJO IZQUIERDO Y PARESTESIA EN HEMICARA IZQUIERDA, ADEMAS DE CEFALIAS REPETINAS DE GRAN INTENSIDAD QUE DURAN UNOS POCOS MINUTOS Y CALMA, MADRE INDICA QUE LO LLEVO A LA OFTALMOGA PARTICULAR QUIEN LE REALIZO UNA REVISION Y CONCLUYO QUE PRESENTABA UNA LESION CON INFLAMACION A NIVEL DEL NERVIO OPTICO, LE ENVIAN TRATAMIENTO ZEBESTEN EN GOTAS C12H Y LE RECOMIENDA ACUDIR AL CENTRO DE SALUD PARA QUE CONSULTE CON UN OFTALMOLOGO Y NEUROLOGO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE NO CUENTA CON RESULTADOS DE LABORATORIOS REALIZADOS EN EL CENTRO DE SALUD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
NEURITIS OPTICA	H46X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-13	14:55	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	 Firma únicamente por: ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ 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
2025-10-13	14:55	Medicina General	ROXANA ELIZABETH MIRA RODRIGUEZ	0940448434	