

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	LOOR	FLORAZALEA MACARENA	27	12	2021	3 años, 9 meses, 11 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1761015617	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	AV SIXTO DURAN BALLE Y SAN RAFAEL y	099-702-3202 /
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	1761015617	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	10	08
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 3A Y 9 MESES QUE ES TRAIDA A CONSULTA PARA CONTROL POR SU MAMA Y SEGUIMIENTO, APP DE DISCAPACIDAD FISICA 70% SECUNDARIO DE HIDROCEFALIA PRENATAL + MIELOMENINGOCELE CORREGIDO INTRAUTERINO. PREMATUREZ EXTREMA, SALBUTAMOL INHALADOR 1 PUFF CADA 12 HORAS. FLUTICASONA 125 MCG INHALADOR UN PUFF CADA 12 HORAS, PACIENTE EN SEGUIMIENTO CON NEUMOLOGIA PEDIATRICA Y UROLOGIA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, GASTROENTEROLOGIA PEDIATRA EN EL VERDI CEVALLOS Y NEUROCIRUGIA PEDIATRICA EN EL HOSPITAL ANDRADE MARIN, NIEGA CRISIS CONVULSIVAS EN LAS ULTIMAS SEMANAS. MADRE ACUDE PARA REFERENCIA A FISIATRIA PARA CONTINUAR CON LAS TERAPIAS ESTABLECIDAS, QUE HA PERDIDO CONTINUIDAD EN EL ULTIMO AÑO. PACIENTE NIEGA SINTOMATOLOGIA ASOCIADA A ENFERMEDAD EN LOS ULTIMOS DIAS. AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NUMERO: 0994120244 // 0969540761

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS	R268		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-08	09:05	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

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
2025-10-08	09:05	Medicina Rural	JOSSELIN VALENTINA CORNEJO VERA	1314595487	

