

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ORDÓÑEZ	JOSIANE RAFAELA	31	03	2023	2 años, 4 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1761632148	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SITIO ZAPALLO y	098-039-2829 /
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	1761632148	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	Fisiatría		2025	08	07
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

PRE ESCOLAR QUE ES TRAÍDO POR MAMÁ QUIEN MENCIONA QUE DURANTE EL EMBARAZO A LOS 7 MESES SE DETERMINA ARRITMIA CARDÍACA , EN LA SEMANA 33 SE DIAGNOSTICA PRE ECLAMPSIA, SE LE PROGRAMA PARA CESÁREA PREVIA "MADURACIÓN " PULMONAR , SE OBTIENE PRODUCTO ÚNICO VIVO, CON LLANTO INMEDIATO Y ES INGRESADA A SAL DE NEONATOLOGÍA DURANTE 3 SEMANAS , REFIERE MAMÁ QUE A LA PRIMERA SEMANA DE ESTADÍA HOSPITALARIA SE LE DIAGNOSTICA PATOLOGÍA INFECCIOSA Y ADEMAS PRESENTO COMPLICACIONES QUE CONLLEVAN A PARADA CARDÍACA SIN EMBARGO SALE DE ESTE EPISODIO, ESTADÍA DE 3 SEMANAS , SE DA ALTA CON APOORTE DE OXIGENO EL MISMO QUE SE MANTIENE HASTA 30 DÍAS DEL ALTA, SOSTÉN CEFÁLICO A LOS 8 MESES, NO GATEO, CAMINA AL AÑO 3 MESES, REFIERE QUE PRESENTA SECUELAS A NIVEL DE MIEMBRO SUPERIOR DERECHO EL MISMO QUE SE ENCUENTRA HIPOTÓNICO, CON DIFICULTAD DE MANIPULACIÓN, HA REALIZADO TERAPIAS EN ESTA CASA DE SALUD Y EN HOSPITAL DONDE HA RECIBIDO ATENCIÓN POR FISIATRÍA SIN EMBARGO SE REALIZARA REFERENCIA A ESTA ESPECIALIDAD PARA MAYOR DETALLE DEL PRESENTE CASO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SI

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ	F82X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	
2025-08-07	08:14	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 RMA Firmado electrónicamente por: EDGAR RENATO LEONES GOMEZ 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
2025-08-07	08:14	Médico Calificador De Discapacidad	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

