

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUATATOCA	GUERRA	JAZMIN JAMILETH	12	04	2017	9 años, 3 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2250436231	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LA PAPAYA y	096-324-0498 /
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	2250436231	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Fisiatría	2026	07	16
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 9 AÑOS DE EDAD, ACUDE A CONSULTA CON MAMA PARA CONTROL Y SOLICITAR ACTUALIZACION DE REFERENCIA A FISIATRIA POR TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ . REFIERE ALIMENTARSE ADECUADAMENTE, REALIZA NECESIDADES FISIOLÓGICAS SIN DIFICULTADES. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO. NO REFIERE SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD. 0963240498 - 0996355864

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	10:46	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	

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
2026-07-16	10:46	Medicina Rural	NEILA TATIANA TORRES MEDINA	0850240227	