

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ANCHUNDIA	CONFORME	ANDRES EDUARDO	30	11	2011	13 años, 10 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2350139248	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV SIXTO DURAN BALLEEN y	095-983-1072 /
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	2350139248	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	Pediatría	2025	10	28	
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

ADOLESCENTE CON ANTECEDENTES DE CEFALAS DE FRECUENTE PRESENTACIÓN CON POSTERIOR, VÓMITOS, POLIARTRALGIA SIN CAUSA APARENTE, ALZA TÉRMICA SIN CAUSA APARENTE, FUE ATENDIDO EN VARIAS CONSULTAS MÉDICAS SIN DEFINIR DIAGNOSTICO, SE LE REALIZO ESTUDIO DE IMAGEN (RESONANCIA MAGNÉTICA DE CEREBRO) EN LA CUAL SE EVIDENCIA LA PRESENCIA DE TUMOR EN CANAL MEDULAR, INTRA MEDULAR INTRA DURAL Y SE EXPANDE EN TODA LA PORCIÓN CERVICAL Y PARTE DEL BULBO RAQUÍDEO LO CUAL GENERA EFECTO DE MASA A NIVEL DE PORCIÓN INFERIOR DE LA PROTUBERANCIA, AMÍGDALA CEREBELOSA Y VERMIS CEREBELOSOS, TIENE MEDIDAS DE : 14 CMT DE LONGITUD X 2.2 CMT DE DIÁMETRO, ACTUALMENTE EL USUARIO PRESENTA; PARESTESIAS EN AMBOS MIEMBROS INFERIORES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RESONANCIA MAGNÉTICA: PRESENCIA DE TUMOR EN FOSA POSTERIOR DE CEREBRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA MEDULA ESPINAL	D434		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	08:06	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	 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 clínico

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
2025-10-28	08:06	Medicina General	EDGAR RENATO LEONES GOMEZ	156-3939	

