

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
IRUA	GUEVARA	JHON FERNANDO	23	01	2007	18 años, 7 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2350327462	MANABI	EL CARMEN	EL CARMEN (URBANO)	EL CARMEN y	098-656-8073 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	2350327462	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D05 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEÓN DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Psiquiatría	2025	09	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

ADOLESCENTE CON DISCAPACIDAD FÍSICA DEL 67%, ANTECEDENTES DE EPILEPSIA AL MOMENTO CONTROLADA (NO CRISIS CONVULSIVAS DESDE HACE 6 MESES), ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR CONTROL, AL MOMENTO ASINTOMÁTICO, CIFRAS TENSIONALES NORMALES. EKG FC 77 NO BLOQUEOS NO ARRITMIAS NO STEMI NO CRECIMNETOS. REFIERE METEORISMO, REFIERE AGRESIVIDAD S EREFIIERE A PSIQUIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO, NO ESPECIFICADO, DEBIDO A ENFERMEDAD, LESION Y DISFUNCION CEREBRAL	F079		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-16	10:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA ELIZABETH BRIONES MERO	1310508435	 Firmado electrónicamente por: MARIA ELIZABETH BRIONES MERO 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
2025-09-16	10:49	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA ELIZABETH BRIONES MERO	1310508435	 Firmado electrónicamente por: MARIA ELIZABETH