

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GIRON	VEGA	AXELL MATHIAS	05	12	2018	6 años, 8 meses, 15 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351680471	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	096-701-3575 /
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	2351680471	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	08	20
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	☐	PCI	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE PEDIATRICO DE 6 AÑOS, APP: ENCEFALOPATIA HIPOXICA, PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, DISCAPACIDAD FISICA DEL 88%. ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUEIN REFIERE CONTROL. AL INTERROGATORIO REFIERE QUE SE ALIMENTA ADECUADAMENTE, DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADA. NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS ASOCIADOS A PATOLOGÍA EN ÚLTIMOS DIAS, NIÑO CON CONTROLES EN PEDIATRIA PERO LOS PERDIO POR LO QUE SOLICITA NUEVA REFERENICA. AL MOMENTO HEMODINAMICAMENTE ESATBLE. TELF: 0967013575
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PARALISIS CEREBRAL, SIN OTRA ESPECIFICACION	G809		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	10:06	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-08-20	10:06	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	