

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GIRON	VEGA	AXELL MATHIAS	05	12	2018	7 años, 6 meses, 12 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	098-311-4875 /
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		2026	06	17
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 PEDIATRICO DE 7 AÑOS, APP: ENCEFALOPATIA HIPOXICA, PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL, DISCAPACIDAD FISICA DEL 88%, SIGUE CONTROLES CON NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA DE MANERA PARTICULAR, MEDICADO CON VALCOTE 2 ML UNA VEZ AL DÍA. ACTUALMENTE REALIZA TERAPIA FISICA. TIENE PARACLÍNICOS QUE NO HA PODIDO CONTINUAR POR FALTA DE MOTIVOS ECONOMICOS, POR LO QUE SE ENVIA A SEGUNDO NIVEL PARA VALORACIÓN SEGUIMIENTO EN LA RED PÚBLICA TANTO FARMACOLÓGICOS COMO DE TERAPIA Y SEGUIMIENTO POR NEUROLOGÍA PEDIÁTRICA. 0983114875 johanavegae@hotmail.com PACIENTE SIN NECESIDAD DE SOPORTE CON OXÍGENO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-17	10:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2026-06-17	10:26	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	