

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SUAREZ	CUSME	BRIANNA YALESKA	05	06	2023	1 años, 9 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354155846	MANABI	CHONE	CANUTO	LA MOCORA y X	096-208-4371 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354155846	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	03	05
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 SEXO FEMENINO LACTANTE MAYOR DE 1 AÑO 9 MESES DE EDAD LLEGA A ESTA CASA DE SALUD EN BRAZOS DE SU SEÑORA MADRE (CUSME ROSA) PARA CONTROL DE NIÑO. APP: SÍNDROME DE WEST. APF: NO REFIERE, AQX: NO REFIERE, ALERGIAS NO REFIERE. MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA, DIGESTIVA NI NEUROLÓGICA EN ESTE ÚLTIMO MES. PACIENTE ACTIVA Y REACTIVA AL MANEJO, CONSCIENTE, ORIENTADA, HIDRATADA AFEBRIL; CABEZA: NORMOCEFÁLICA, CONJUNTIVAS: ROSADAS, PUPILAS: ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS; NARIZ: PERMEABLE; BOCA: OROFARINGE NO ERITEMATOSA, DIENTES EN BUEN ESTADO; CUELLO: SIMÉTRICO, MÓVIL, NO ADENOMEGALIAS; TORAX: SIMÉTRICO, EXPANSIBILIDAD CONSERVADA, NO SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, PULMONES: MURMULLO VESICULAR CONSERVADO EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, NO SE AUSCULTAN RUIDOS SOBREAÑADIDOS, CORAZÓN: RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS; ABDOMEN: RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, SUAVE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN; REGIÓN INGUINO GENITAL: GENITALES EXTERNOS FEMENINOS SIN PATOLOGÍA, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. TALLA Y PESO ACORDE PARA EDAD CRONOLÓGICA. ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN POR FISIATRÍA POR PRESENTAR TRASTORNO EN LA MARCHA PRESENTANDO HIPOTONÍA EN MIEMBROS INFERIORES Y SUPERIORES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DIFICULTAD PARA CAMINAR, NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE	R262	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-05	13:54	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	

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
2025-03-05	13:54	Medicina Rural	ANGEL PAUL UZCUDUN CORNEJO	1310069883	