

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MOREIRA	MARIO BENJAMIN	03	02	2023	2 años, 0 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354067819	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA SAN RAFAEL y	098-093-7103 /
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	1354067819	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	24
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 PEDIATRICO MASCULINO DE 2 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE TRAIIDO POR SUS PADRES PARA CONTROL, AL MOMENTO MADRE REFIERE QUE PACIENTE SE ENCUENTRA ASINTOMATICO, NIEGA SINTOMAS RESPIRATORIOS, NIEGA SINTOMAS GASTROINTESTINALES, NIEGA SINTOMAS UROGENITALES. SE OBSERVA BUENA HIGIENE Y ASEO. PACIENTE CON APP DE SINDROME DE SNIJDERS BLOK-CAMPEAU. SE OBSERVA PACIENTE CON FACIE SINDROMICA, ESCASA INTERACCION CON EL ENTORNO, PACIENTE EN BRAZOS DE SU PADRE POR RETRASO EN LA MARCHA DEBIDO A HIPOTONIA DE MIEMBROS INFERIORES Y RETRASO EN EL HABLA. PACIENTE CON PESO Y TALLA BAJOS PARA LA EDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON ESTUDIO GENETICO QUE CONFIRMA DIAGNOSTICO DE SINDROME DE SNIJDER BLOK CAMPEAU

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROMES DE MALFORMACIONES CONGENITAS QUE AFECTAN PRINCIPALMENTE LA APARIENCIA FACIAL	Q870		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-24	09:43	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	

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