

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALTOS	ARTETA	KAILLER JULIO	29	04	2019	5 años, 10 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0751755182	MANABI	CHONE	CONVENTO	VIA CHAMANGA y	098-025-3084 / (00)-000-0000
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	0751755182	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	03	10
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 MASCULINO DE 5 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONTROL MÉDICO EN COMPAÑIA DE MADRASTA AL MOMENTO ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR SINDACTILIA EN AMBAS MANOS Y PIES EN MANO DERECHA EN EL TERCER Y CUARTO DEDO EN MANO IZQUIERDA EN EL PRIMER Y SEGUNDO DEDO EN AMBOS PIES UNIONES DE PRIMER SEGUNDO Y TERCER DEDO AFEBRIL, ASINTOMÁTICO, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPA VENTILADO RSCS RÍTMICOS, ADBOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES , SINDACTILIA EN MANOS Y PIES EMEDIDAS GENEREALES, ASesoría EN NUTRICIÓN, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN, ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA. REFERENCIA A SERVICIO DE PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON SINDACTILIA AMERITA VALORACION POR SERVICIO DE PEDIATRIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLISINDACTILIA	Q 704		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-10	10:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

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
2025-03-10	10:56	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA FERNANDA ANDRADE BARREIRO	1310675093	

