

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| GARZON           | SEGURA           | TAYRA JOSANA | 17                  | 07  | 2017 | 8 años, 9 meses, 11 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |             | Dirección                    | No Telefónico                |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-------------|------------------------------|------------------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 0851385963        | MANABI              | CHONE  | SAN ANTONIO | NO APLICA y                  | 099-711-4387 / (99)-999-9999 |
| 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                 | 0851385963      | 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  | 04  | 28  |
| 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 FEMENINA DE 8 AÑOS DE EDAD APP: NO REFIERE, APQ: NO REIFERE, AA: NO REFIERE ACUDE CON MADRE QUIEN INDICA QUE LA TRAE A CONTROL Y POR DIFICULTAD PARA LA MOVILIDAD LINGUAL DESDE LA INFANCIA, CARACTERIZADA POR LIMITACIÓN PARA PROTRUIR LA LENGUA Y ELEVARLA HACIA EL PALADAR. REFIERE ADEMÁS DIFICULTAD PARA LA ARTICULACIÓN DE PALABRAS (DISLALIA), ESPECIALMENTE EN FONEMAS LINGUALES, ASÍ COMO MOLESTIAS OCASIONALES AL INTENTAR MOVIMIENTOS AMPLIOS DE LA LENGUA. NIEGA FIEBRE, SANGRADO O LESIONES ULCERATIVAS. CUADRO CLÍNICO PERSISTENTE QUE INTERFIERE CON LA FUNCIÓN ORAL Y EL HABLA, MOTIVO POR EL CUAL SE DECIDE REFERENCIA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA. 0997114387

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN ESPERA

5. Diagnóstico

| Diagnóstico   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------|--------|-----|-----|
| ANQUILOGLOSIA | Q381   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-28 | 10:04 | Medicina Rural | LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY | 1350056402 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2026-04-28 | 10:04 | Medicina Rural | LIMBERLYN ASHLEY RIVAS MACAY | 1350056402 |       |