

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	ZAMBRANO	MATIUS JONNAIKER	01	06	2011	13 años, 4 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316911310	MANABI	CHONE	SANTA RITA	10 DE AGOSTO y	095-890-7630 /
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	1316911310	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	03
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 13 AÑOS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA. ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU ABUELA QUIEN REFIERE QUE EL PACIENTE TIENE PROBLEMAS DEL HABLA. EL RESTO DEL INTERROGATORIO SIN PATOLOGIA APARENTE. DURANTE LA EXPLORACION FISICA SE OBSERVA FRENILLO LINGUAL TIPO III. PACIENTE MENCIONA ESTADO DE ANIMO DECAIDO A RAIZ DE ESTA SITUACION. MENCIONA PROBLEMAS DE FORMACION DE LAZOS SOCIALES EN SU COLEGIO Y BAJA AUTOESTIMA. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SIN RIESGO SOCIAL. NUM. TELF.: 0939332468. DOMICILIO: TACHEVE CALLE SEBASTIAN CEDEÑO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FRENILLO LINGUAL OBSERVADO DURANTE EL EXAMEN FISICO. REPRESENTANTE MENCIONA TERAPIAS DE LENGUAJE FALLIDAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANQUILOGLOSIA	Q381	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-03	14:33	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	

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
2024-10-03	14:33	Medicina Rural	JASMINA MARIA CALDERON CEDEÑO	0926030594	