

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
JAMA	CUSME	KERLY JUDITH	07	07	2021	3 años, 3 meses, 30 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1353667122	MANABI	CHONE	SANTA RITA	LOS PLATANALES y	098-804-7569 /
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	1353667122	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	11	06
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 3 AÑOS 3 MESES, APP: RETRASO EN NDS. ANTECEDENTES PERINATALES DE MADRES: EMBARAZO SIN COMPLICACION, MADRE REFIERE QUE NO LLORO AL NACIMEINTO, NACE CIANOTICA Y NECESITO ESTIMULACION, REFIERE ICTERICIA EN CASA, PRESENTA ESTRABISMO, A LOS DOS MESES COMIENZA A NOTAR HIPOTONIA GENERALIZADA. MADRE REFIERE QUE RECIBE ESTIMULACION TEMPRANA EN EL TIPO X DE CHONE POR RETRASO EN TODAS PAUTAS DEL NEURODESARROLLO, AL MOMENTO HA GANADO FUERZA MUSCULAR. MADRE REFIERE QUE POR EL MOMENTO NO CAMINA NI HABLA POR LO QUE SE LE REALIZA UNA REFERENCIA A PEDIATRIA. MADRE REFIERE QUE HACE 1 AÑO TUVO CONTROL EN PEDIATRIA EN EL HOSPITAL NAPOLEON DAVILA Y MENCIONA QUE SE LE REALIZO UNA TAC DE CEREBRO LA CUAL REPORTO NORMAL Y AUDIOMETRIA NORMAL. AL EXAMEN FISICO PACIENTE CLINICAMENTE ESTABLE, CONSCIENTE Y ORIENTADA. SE INDICAN SIGNOS DE ALARMA. SE REALIZA NUEVAMENTE ATENCION DEBIDO A QUE SE CERRO EL SISTEMA POR CORTES DE LUZ.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO NO ESPECIFICADO	F849	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-06	11:47	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2024-11-06	11:47	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

