

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MARCILLO	RODRIGUEZ	DACRE SEBASTIAN	11	01	2023	2 años, 6 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354049460	MANABI	CHONE	SANTA RITA	AVENIDA CARLOS ALBERTO ARAY y SN	098-289-2482 / (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	1354049460	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	31
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 2A 6M DE EDAD, AP: HIDRONEFROSIS QX: NR. ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE, LA CUAL AL MOMENTO NO REFIEREN SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA. CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ACORDES PARA LA EDAD. ALIMENTACION:ALIMENTOS SOLIDOS, MADRE REFIERE DISMINUCION DEL APETITO. ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO. DEPOSICIONES Y DIURESIS: NORMALES. TEST DE DENVER: ESFERA DE LENGUAJE DUDOSA**, MADRE REFIER QUE PRESENTA DIFICULTAD AL ARTICULAR PALABRAS. AL EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, BOCA: SIN LESIONES, PALADAR INDEMN E AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS. NO EXUDADOS, CUELLO: NO ADENOPATIAS, TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, CSPTS: BIEN VENITLADOS, RSCS: RITMICOS NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MEGALIAS, GENITALES: TESTICULOS DESCENDIDOS, FIMOSIS FISIOLOGICA, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO LESIONES. EX NEUROLOGICO: NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TRAE LABS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO DEL HABLA Y DEL LENGUAJE	F808		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	11:17	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-07-31	11:17	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

