

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAVALA	CEDEÑO	HILARY AIDANA	19	03	2023	2 años, 5 meses, 0 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354096198	MANABI	CHONE	SANTA RITA	VIA CANUTO y SN	098-830-8824 / (99)-999-9999
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	1354096198	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	08	19
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

PREESCOLAR FEMENINA DE 2 AÑOS 5 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE PROGENITORA, CURVA DE PESO/EDAD NORMAL SEGUIMIENTO, CURVA DE TALLA/EDAD NORMAL SEGUIMIENTO. AL INTERROGATORIO MADRE REFIERE PRESENCIA DE PARASITOS EN REGION ANAL QUE PROVOCA PRURITO INTESO DE PREDOMINIO NOCTURNO. SE INDICA REALIZAR LABORATORIO DE CONTROL EN PROXIMA CONSULTA Y SE ENVIA TRATAMIENTO CORRESPONDIENTE. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA PRESENCIA DE FRENILLO LINGUAL, MADRE INDICA PROBLEMAS EN EL HABLA DE LA MENOR. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANQUILOGLOSIA	Q381		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	15:43	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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 clínico

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
2025-08-19	15:43	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	