

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PERERO	RIVAS	KEYLER NEYMAR	20	03	2023	1 años, 11 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354096644	MANABI	CHONE	RICAUARTE	RIUCAUARTE y	099-513-5855 /
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	1354096644	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	03	18
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

MASCULINO DE 1 AÑO 11 MESES DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PERSONALES, NO REFIERE ALERGIAS MADRE, ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO, AL MOMENTO NIEGA ALZA TERMICA, SINTOMAS RESPIRATORIOS, GASTROINTESTINALES, ALIMENTACION MATERNA Y COMPLEMENTARIA, ESQUEMA DE INMUNIZACION SE VISUALIZA EN CAREBNET COMPLETO HASTA LA FECHA, ADEMÁS DE PESO OPTIMO Y TALLA BAJA, AL EXAMEN FISICO FONTANELA ANTERIOR NORMOTENSA, FASCIES CONSERVADAS, CUELLO SIN PRESENCIA DE ADENOPATIA, CAMPOS PULMONARES CLAROS Y VENTILADOS, RUIDOS CARDIACOS SIN PRESENCIA DE SOPLOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE SIN PRESENCIA DE MEGALIAS. REFLEJOS CONSERVADOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO	M892		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-18	11:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2025-03-18	11:25	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	