

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FIGUEROA	VELEZ	SHEYLA AINARA	02	08	2023	1 años, 0 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354203372	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	MARIA INMACULADA y SN	098-996-9206 / (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	1354203372	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	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

LACTENTE QUE ACUDE AL CONTROL JUNTO A SU MADRE LA CUAL REFIERE QUE SU HIJA, MANTIENE BUEN REFLEJO DE SUCCIÓN Y TOLERANCIA ORAL, PRESENTA TONO MUSCULAR ADECUADO, COLORACIÓN ROSADA, A FEBRIL, REFLEJO PARA LA EDAD, HITOS DEL DESARROLLO ACORDE A LA EDAD, TEST DENVER NORMAL, REALIZA MICCIÓN Y DEFECACIÓN CON NORMALIDAD, ALIMENTACIÓN CON SUCEDÁNEO DE LECHE MAS ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, AL MOMENTO ESTABLE HEMODINÁMICAMENTE, ACTIVA, REACTIVA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DESVIACION DE PIE IZQUIERDOA HACIA AFUERA (Horizontalización) A LA MARCHA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS	R268		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-08-19	10:49	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	

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
2024-08-19	10:49	Medicina General	JULIO CESAR GARCIA OLEA	1310810385	