

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	QUIROZ	DENIS ELIAS	08	10	2023	2 años, 4 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354255711	MANABI	CHONE	RICAURTE	SN y SN	098-849-8685 /
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	1354255711	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	02	09
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 2 AÑOS DE EDAD ES TRAÍDO POR SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR PRESENCIA DE FRENILLO TIPO I (LENGUA SE ENCUENTRA ANCLADA DESDE LA PUNTA HASTA EL SURCO ALVEOLAR Y SE OBSERVA EN FORMA DE CORAZON), QUE DIFICULTA LA PRONUNCIACION DE PALABRAS, LA LENGUA TIENE MOVILIDAD LIMITADA Y PRESENTA IMPOSIBILIDAD DE LEVANTARLA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FRENILLO TIPO I (LENGUA SE ENCUENTRA ANCLADA DESDE LA PUNTA HASTA EL SURCO ALVEOLAR Y SE OBSERVA EN FORMA DE CORAZON), QUE DIFICULTA LA PRONUNCIACION DE PALABRAS, LA LENGUA TIENE MOVILIDAD LIMITADA Y PRESENTA IMPOSIBILIDAD DE LEVANTARLA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS MALFORMACIONES CONGENITAS DE LA BOCA	Q386	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-09	11:31	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	

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
2026-02-09	11:31	Medicina Rural	XAVIER ADRIAN BASURTO CEDEÑO	1312962390	