

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	QUIROZ	DENIS ELIAS	08	10	2023	2 años, 8 meses, 24 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	RICAUARTE	RICAUARTE y	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	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	02
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 Y 8 MESES DE EDAD, TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE RUTINA DEL NIÑO. COMO ANTECEDENTE PRESENTA FRENILLO LINGUAL TIPO I. NO REFIERE ALERGIAS, ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS NI ANTECEDENTES PATOLÓGICOS FAMILIARES DE IMPORTANCIA. AL MOMENTO DE LA VALORACIÓN, LA MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO, REACTIVO AL MANEJO, CON NECESIDADES FISIOLÓGICAS CONSERVADAS Y SIN SINTOMATOLOGÍA AGUDA. SIN EMBARGO, MANIFIESTA PREOCUPACIÓN PORQUE EL FRENILLO LINGUAL LIMITA LA MOVILIDAD DE LA LENGUA, DIFICULTANDO EL DESARROLLO DEL LENGUAJE; ACTUALMENTE EL PACIENTE ÚNICAMENTE PRONUNCIA LAS PALABRAS "MAMÁ" Y "PAPÁ", EVIDENCIÁNDOSE RETRASO EN LA EXPRESIÓN VERBAL PARA LA EDAD. ADEMÁS, DURANTE LA EVALUACIÓN SE IDENTIFICAN OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO QUE REQUIEREN UNA VALORACIÓN INTEGRAL POR EL ESPECIALISTA. POR LO ANTERIOR, SE REALIZA REFERENCIA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR Y DEL LENGUAJE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FRENILLO LINGUAL TIPO I

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANQUILOGLOSIA	Q381	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	09:44	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

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
2026-07-02	09:44	Medicina Rural	ADRIANA ROMINA ZAMBRANO MOREIRA	1315795227	

