

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	CEDEÑO	DARIO SEBASTIAN	20	10	2023	1 años, 10 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354266874	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SITIO NARCISO y SN	099-578-5199 /
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	1354266874	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	20
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 1A 10 M DE EDAD, ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE, LA CUAL AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGIA PATOLOGICA. CURVAS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO ACORDES PARA LA EDAD. ALIMENTACION:ALIMENTOS SOLIDOS, MADRE REFIERE BUEN APETITO. ESQUEMA DE VACUNACION: COMPLETO. DEPOSICIONES Y DIURESIS: NORMALES. TEST DE DENVER: NORMAL. AL EXAMEN FISICO: NORMOCEFALO, BOCA: SIN LESIONES, PALADAR INDEMNE AMIGDALAS NO HIPERTROFICAS. NO EXUDADOS, CUELLO: NO ADENOPATIAS, TORAX: SIMETRICO, NORMOEXPANSIBLE, CSPS: BIEN VENITLADOS, RSCS: RITMICOS NO SOPLOS, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO MEGALIAS, GENITALES: TESTICULOS DESCENDIDOS, FIMOSIS FISIOLOGICA, EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO LESIONES. EX NEUROLOGICO: NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MICROCEFALIA	Q02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-20	10:13	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 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
2025-08-20	10:13	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

