

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	SANCHEZ	PAULETTE	17	11	2023	1 años, 10 meses, 28 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354288225	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	CIUDADELA LOS NARANJOS y VILLA 6	098-903-0669 /
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	1354288225	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	10	15
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

☐

SINDROME DE DOWN

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE PEDIATRICA DE 1 AÑO 10 MESES DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. AQPX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE QUIEN SOLICITA REFERENCIA PARA MEDICINA GENETICA. AL INTERROGATORIO MADRE MENCIONA MENOR CON CARACTERISTICAS DE SINDROME DE DOWN, REFIERE QUE HACE MAS DE UN AÑO LA REFIRIERON A MEDICO GENETICO EN DONDE LE INDICO QUE LA MENOR SI CUENTA CON RASGOS FACIALES COMPATIBLES PARA SINDROME DE DOWN SIN EMBARGO RESTO DEL CUERPO NO, MOTIVO POR EL CUAL LE INDICA SACAR CITA DESPUES DE UN AÑO. AL EXAMEN FISICO: CABEZA NORMOCEFALO, OJOS LIGERAMENTE SEPARADOS, LEVE EPICANTO, NARIZ Y BOCA NORMAL, LENGUA NORMAL DENTRO DE CAVIDAD BUCAL, CUELLO LIGERAMENTE CORTO NORMAL, CON BUEN SOSTEN CEFALICO, TORAX: CsPs CLAROS Y VENTILADOS, RsCs RITMICOS, LINEA INTERMAMARIA LIGERAMENTE MAS SEPARADAS DE LO NORMAL, EXTREMIDADE INFERIORES NORMALES CON BUEN TONO MUSCULAR. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE DOWN, NO ESPECIFICADO	Q909	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-15	14:34	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-10-15	14:34	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

