

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VILLALVA	TUAREZ	SOFIA CAMILA	21	11	2023	1 años, 2 meses, 23 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354291385	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	IGNACIO ANDRADE y VARGAS PASOS	093-935-7247 / (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	1354291385	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Pediatría	2025	02	13
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

NEUROLOGIFEMENINA DE 1 año 2 MESES, ACUDE EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, POR CONTROL MEDICO, AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, SU MADRE NO REFIERE SÍNTOMAL EXAMEN FÍSICO: CABEZA APALANDA Y PROTRUIDA EN REGION POSTERIOR PARIETAL. PACIENTE CON CONTROL PREVIO E INDICACION DE SER ANALIZADA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

QUIMICA: tgo 12.5, tupo 11 SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: leucocitos 11.08., neutrofilos 22.60, linfocitos 69.20, monocitos 5.10, eosinofilos 2.4, basofilos 0.4, globulos rojops 4340000, hb 10.80l hto 31.80, vcmv73.30, plaquetas 473000 COPROLOGICO: azucares reductores negsativo parasitos negativo UROANALISIS: amarillo tuirboip sui generis densida 1004, ph 7, seimuento leucocitos 2 gota freca negativo
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
PLAGIOCEFALIA	Q673		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	09:23	Medicina General	JUAN PABLO MACIAS FERNANDEZ	1309502043	

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