

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	BONINO	AHYLIN GUADALUPE	12	12	2023	1 años, 2 meses, 1 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354305698	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	DOMINGUILLO y 0	098-855-6594 /
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	1354305698	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	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 resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 13 MESES DE VIDA ACUDE EN BRAZOS DE LA MADRE PARA REALIZARSE CONTROL DE NIÑO SANO. ANTECEDENTES NEONATALES: PARTO VAGINAL DE 39 SG EN EL HOSPITAL RODRIGUEZ ZAMBRANO DE MANTA, APGAR: 9-9 AL MINUTO Y A LOS CINCO RESPECTIVAMENTE. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS AL NACER: PESO 3100 GR TALLA: 50 CM PC: 32 CM, GRUPO SANGUINEO: O+. SE APLICARON BCG Y HB. AL MOMENTO MADRE REFIERE LECHE DE FÓRMULA. HITOS DEL DESARROLLO INADECUADO. PACIENTE CON MICROCEFALIA Y RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN SEGUIMIENTO EN EL HOSPITAL DE CHONE. ADEMÁS A LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE EVIDENCIA CIERTO GRADO DE ESTRABISMO CONVERGENTE EN EL OJO IZQUIERDO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVA/REACTIVA, AFEBRIL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MICROCEFALIA	Q02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-13	21:22	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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
2025-02-13	21:22	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

