

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	MENDOZA	IAN DAEL	28	11	2023	1 años, 0 meses, 25 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354309286	MANABI	CHONE	RICAUARTE	LA HABANITA y	098-775-8589 /
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	1354309286	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2024	12	23
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 MENOR MASCULINO DE 1 AÑO DE EDAD ACUDE EN BRAZOS DE SU MADRE A CONTROL MÉDICO . AL MOMENTO DE LA CONSULTA FAMILIAR NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA, NO SÍNDROMES FEBRILES NI EXANTEMÁTICOS. PACIENTE AFEBRIL, COLABORADOR, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, DENVER NORMAL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL: PRESENTA OBESIDAD U ALTA TALLA PARA LA EDAD SOBREPASA LAS DESVIACIONES ESTANDARS POR LO CUAL SE DECIDE REFERENCIA A PEDIATRIA . EXAMEN FÍSICO NORMOCÉFALO, MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS, OJOS: PUPILAS REACTIVAS, NARIZ: FOSAS NASALES PERMEABLES, BOCA: OROFARINGE NO PATOLÓGICA, OÍDOS: PERMEABLES, CUELLO SIN ADENOPATÍAS , TORAX SIMÉTRICO CSPA VENTILADOS SIN RUIDOS AGREGADOS, RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SUPERFICIAL Y/O PROFUNDA, RSHS PRESENTES, EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIMÉTRICAS, MÓVILES, NO DOLOROSAS, PULSOS PRESENTES, SIN PATOLOGÍA. OBESIDAD. SE INDICA MEDIDAS GENERALES, CONSEJERÍA EN ALIMENTACIÓN SALUDABLE, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, FOMENTAR DESARROLLO PSICOMOTOR Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA, ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

XX

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OBESIDAD, NO ESPECIFICADA	E669		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-23	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

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
2024-12-23	10:15	Medicina Familiar Y Comunitaria	ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA	1311538662	

