

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOZA	CEVALLOS	KENSHING STALIN	25	01	2024	0 años, 10 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354332049	MANABI	CHONE	RICAUARTE	AGUA BLANCA y	099-580-6247 /
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	1354332049	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	05
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 DE SEXO MASCULINO DE 10 MESES DE EDAD, SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA PARA CONTROL. AL MOMENTO FAMILIAR REFIERE TOS PRODUCTIVA, RINORREA, NO REFIERE ALZAS TÉRMICAS, PRESENTA BUEN APEGO A LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, LLANTO FUERTE CON BUEN TONO, REFLEJOS PRESENTES, FONTANELAS DE ASPECTO NORMAL. ESQUEMA VACUNACIÓN COMPLETO. NO SE REALIZA HEMOGLOBINA CAPILAR. DATOS ANTROPOMÉTRICOS: PACIENTE PRESENTA PESO Y TALLA ADECUADOS PARA EDAD. NEURODESARROLLO: TEST DE DENVER II NORMAL. EXAMEN FÍSICO: LACTANTE EUPNEICO, EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADO, NO IRRITABLE. CABEZA: NORMOCÉFALO SIN TUMORACIONES NI CICATRICES, FONTANELAS NORMOTENSAS. OJOS: PUPILAS NORMO REACTIVAS AL REFLEJO LUMINOSO ESCLERÓTICAS NORMO COLOREADAS. NARIZ FOSAS NASALES PERMEABLES SIN SECRECIONES. BOCA: NORMO CONFIGURADA, FARINGE NO CONGESTIVA. CUELLO: MÓVIL NO DOLOROSO SIN ADENOMEGALIAS. CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NORMO FONÉTICOS SIN SOPLOS AUDIBLES; CAMPOS PULMONARES RONCUS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES; ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN VISCEROMEGALIA RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES NORMALES CICATRIZ UMBILICAL DE CARACTERÍSTICAS NORMALES; UROGENITAL: TESTÍCULO DERECHO EN ELEVADOR; EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES, DEDO PULGAR IZQUIERDO CON APARENTE CONSOLIDACIÓN DE ARTICULACIÓN DISTAL. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL. POR FAVOR SOLICITO VALORACIÓN A ESPECIALIDAD POR TESTÍCULO EN ASCENSOR Y DEFORMIDAD CONGÉNITA DE PRIMER DEDO DE AMBAS MANOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFORMIDAD CONGENITA DE LA MANO	Q681	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-05	11:09	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	

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
2024-12-05	11:09	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	