

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEVALLOS	PAZ	ARIANNA MILAGROS	18	02	2024	0 años, 9 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354345629	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO BARQUERO y	096-995-1701 /
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	1354345629	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	12	10
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	☐	ANEXO 001	

3. Resumen del cuadro clinico

FEMENINA NACIDA POR CESAREA A LAS 35 SG EN HOSPITAL NAPOLEON - CHONE, CON APGAR 7-10, PESO DE 1825 G, LONGITUD 42 CM, PC 28.4 CM, PT 27 CM Y PB 9 CM. REQUIRIÓ INGRESO AL AREA DE NEONATOLOGIA POR LO CUAL ES REFERIDA AL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES - PORTOVIEJO POR EMERGENCIA INUNDACION EN CHONE, POR DIAGNOSTICOS DE PREMATUREZ - BAJO PESO - DIFICULTAD RESPIRATORIA, AL MOMENTO CON 9 MESES DE EDAD NO REALIZA SOSTÈN CEFÀLICO, NO GIRA, NO SEDESTACIÒN, SOLO COME LIQUADO EN TTO CON GASTROENTEROLOGÌA PEDIÀTRICA DE MANERA PARTICULAR, POR VÒMITOS RECURRENTES, POBRE GANANCIA DE PESO, APARENTE ALTERACIÒN DE LA DEGLUCIÒN, RMN DE CEREBRO NORMAL, EEELECTROENCEFALOGRAMA NORMAL, ENDOCRINOLOGÌA NORMAL, A LA ESPERA DE TURNO PARA ENDOSCOPIA POR IEES CON PRESTADOR EXTERNO, REALIZA TERAPIA DEL LENGUAJE Y FISICA, ABUELA ACUDE POR ANEXO 001 RAZÒN POR LA CUAL ES ENVIADA A PEDIATRIA. 0969972974 (SORAYA VARGAS ABUELA) 0969951701 (SILVIA PAZ MAMÀ) PACIENTE ESTÀ SIENDO VISTA POR IEES Y MSP, NO TRAE LABORATORIOS REALIZADOS EN IEES O DOCUMENTADOS, INFORMA DE ANEMIA ANTERIOR PERO DESCONOCE EN LA ACTUALIDAD, NO VIENE MAMÀ POR MOTIVO DE TRABAJO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ADJUNTO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO NO ESPECIFICADO DEL TONO MUSCULAR EN EL RECIEN NACIDO	P949		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-10	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

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
2024-12-10	08:32	Medicina Familiar Y Comunitaria	IRVING ISRAEL BUITRON NIETO	1009-14-1292330	

