

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres        | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|----------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| TRIVIÑO          | ROMERO           | ALAIA MICHELLE | 03                  | 03  | 2024 | 0 años, 7 meses, 4 días | Mujer   |
|                  |                  |                | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354354647        | MANABI              | CHONE  | RICAUORTE | SECTOR GARRAPATA y PESAJE    | 096-782-7563 /       |
| 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                 | 1354354647                               | RICAURTE                 | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Pediatría    | 2024           | 10  | 07  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE SEIS MESES DE EDAD ACUDE A NUESTRA CASA DE SALUD EN BRAZOS DE SU MADRE PARA CONTROL MÉDICO SUBSECUENTE. AL MOMENTO DE LA CONSULTA MADRE NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA, NO SÍNDROMES FEBRILES NI EXANTEMÁTICOS. NO SE REALIZA TOMA DE HEMOGLOBINA CAPILAR POR NO DISPONIBILIDAD DE INSUMOS, CONTINUA CON LACTANCIA MATERNA, LLANTO FUERTE CON BUEN TONO REFLEJOS PRESENTES FONTANELAS DE ASPECTO NORMAL. DATOS ANTROPOMÉTRICOS: PACIENTE PRESENTA PESO ADECUADO PARA EDAD Y TALLA BAJA PARA EDAD (-2.62) ADEMÁS DE REPORTAR MICROCEFALIA (-2.14). NEURODESARROLLO: TEST DE DENVER II NORMAL EXAMEN FÍSICO: LACTANTE EUPNEICO, EN CONDICIONES CLÍNICAS ESTABLES, AFEBRIL, HIDRATADA, 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 ADENOMEGLIAS, CARDIOPULMONAR: RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NORMO FONÉTICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES MURMULLO VESICULAR AUDIBLE EN AMBOS CAMPOS PULMONARES. ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN SIN VISCEROMEGLIA RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES NORMALES CICATRIZ UMBILICAL DE CARACTERÍSTICAS NORMALES. UROGENITAL: GENITALES EXTERNOS DE ASPECTO NORMAL. EXTREMIDADES: SIMÉTRICAS, MOVILIDAD, TONO NORMAL, FALANGES COMPLETAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES. TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO Y PIEL NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

X

5. Diagnóstico

| Diagnóstico  | CIE-10 | PRE | DEF |
|--------------|--------|-----|-----|
| MICROCEFALIA | Q02X   |     | X   |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-07 | 15:23 | 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 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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2024-10-07 | 15:23 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |