

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
TRIVIÑO	ROMERO	ALAI MICHELLE	03	03	2024	1 años, 9 meses, 8 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	RICAURTE	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		2025	12	11
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 FEMENINA DE 1 AÑO Y 9 MESES DE EDAD, CON ANTECEDENTE DE PEQUEÑO PARA LA EDAD AL NACIMIENTO (PESO 2030 GR), TRAÍDA POR SU MADRE A CONTROL MÉDICO DE RUTINA, AL MOMENTO CON DESARROLLO NEUROLÓGICO APROPIADO SEGÚN EVALUACIÓN DENVER II. EN LA EVALUACIÓN ANTROPOMÉTRICA SE REGISTRA TALLA BAJA PARA LA EDAD, PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y MICROCEFALIA CONFIRMADA SEGÚN CURVAS DE OMS, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALIDAD PARA DEFINICIÓN DE CONDUCTA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MICROCEFALIA. DESVIACIÓN EN LA CURVA -3D DEL PERÍMETRO CEFÁLICO PARA LA EDAD EN NIÑAS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MICROCEFALIA	Q02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-11	08:31	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2025-12-11	08:31	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	