

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PINARGOTE	MURILLO	MOISES YETZAEL	07	04	2024	1 años, 9 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354376301	MANABI	CHONE	CONVENTO	SITIO CORNETA y SN	099-765-6165 /
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	1354376301	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	21
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

SE REALIZA VISITA DOMICILIARIA EN COMUNIDAD CONVENTO-CORNETA DE DIFICIL ACCESO A PACIENTE MASCULINO DE 21 MESES CON APP DE HIDROCEFALIA EN SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA DE HNDC. MADRE REFIERE PERDER SEGUIMIENTO Y CITAS SUBSECUENTES HNDC POR ENFERMEDAD PROPIA DE ELLA. AL MOMENTO PACIENTE PRESENTA DENVER NORMAL . APP: BAJA TALLA Y MACROCEFALIA. AQX: NO REFIERE APF: NO REFIERE. PACIENTE EN CONDICIONES CLINICAS ESTABLES, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, ALERTA, AFEBRIL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DENVER NORMAL .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MACROCEFALIA	Q753		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-21	21:40	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-01-21	21:40	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	