

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	CUSME	JOSHUA ANTONIO	15	05	2024	0 años, 5 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354401778	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA QUIROGA y	099-184-2424 /
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	1354401778	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	11	13
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 5 MESES SIN APP DE IMPORTANCIA NACIO POR PARTO DISTOCICO A LAS 38SG SIN COMPLICACION APQ NO, ALERGIA NO, APF; MADRE COMPLICACION POST CESAREA POR HEMORRAGIA UTERINA 6 DIAS EN UCI, ABUELO MATERNO CON DIABETES Y ABUELA MATERNA HIPOTIROIDIS MO , HERMANA CON CON ANQUILOGLOSIA ACUDE EN COMPAÑIA DE MADRE EN BRAZOS A CONTROL DE SALUD POR CUADRO CLINICO DE ANQUILOGLOSIA, CON BUENA SUSCCION AL MOMENTO HITOS DEL DESARROLLO ACORDE EDAD PESO Y TALLA ACORDE A EDAD ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETA. MADRE REFIERE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, AL EXAMEN FISICO BOCA; PRESENCIA DE FRENILLO CORTO LINGUAL TORAX; CS PS ; CLAROS Y VENTILADOS ABDOMEN; SUAVE, NO DOLOROSO DEPRESIBLE RHA, PRESENTES. HOY ASINTOMATICO AFEBRIL, DIURESIS NORMAL, DEFECACION NORMAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EXAMEN FISICO; BOCA; PRESENCIA DE FRENILLO CORTO LINGUAL SE ENVIA HOSPITAL CHONE PARA RESOLUCION CUADRO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANQUILOGLOSIA	Q 381		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-13	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	

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
2024-11-13	12:02	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	