

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	SANCHEZ	YOJANIA CAROLAY	27	05	2024	0 años, 8 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354409003	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	16 DE AGOSTO y TIRZA FLORES DE VALGAZ	099-283-8736 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1354409003	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	10
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MENOR DE 8 MESES DE EDAD, CON APP DE PREMATURIDAD A LAS 35SG, OBTENIDA POR CESARÍA, CON MACROSOMIA, DISTRÉS RESPIRATORIO CON INGRESO HOSPITALARIO DURANTE 7 DIAS. QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD POR PRESENTAR DIFICULTAD PARA MOVER LA LENGUA Y MADRE REFIERE QUE PRESENTA ALGUNOS PROBLEMAS CON LA ALIMENTACIÓN DE SÓLIDOS , ADEMAS REFIERE QUE DESDE LOS 22 DIAS DE NACIDA SE PERCATO DE FRENILLO LINGUAL PERO QUE LO DEJO PASAR . AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ACTIVA, SIN SIGNOS DE ALARMA. AL EXÁMEN FÍSICO : A LA INSPECCIÓN DE LA CAVIDAD BUCAL, SE OBSERVA UN FRENILLO LINGUAL CORTO Y GRUESO QUE LIMITA EL MOVIMIENTO DE LA LENGUA. LA LENGUA NO PUEDE ELEVARSE COMPLETAMENTE HACIA EL PALADAR NI REALIZAR MOVIMIENTOS NORMALES. SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD PEDIATRIA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANQUILOGLOSIA	Q381		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-10	15:35	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-02-10	15:35	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

