

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERO	QUIROZ	IAN GAEL	17	08	2024	0 años, 6 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354463554	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CDLA LAS ACACIAS y	099-770-2761 /
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	1354463554	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	02	17
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

MADRE DE PACIENTE REFIERE QUE A LAS 37SG MEDIANTE ECOGRAFIA SE DETECTÓ VESICULA FETAL CON IMAGENES DE LITIASIS TRANSITORIAS SIN EMBARGO A LOS 5 MESES DE EDD, SE LE REALIZA ECOGRAFIA ABDOMINAL DE CONTROL CON VESICULA BILIAR DISTENDIDA, CON IMAGENES DE LITIASIS VISBLE DE 2 MM, PARDES DELGADAS MIDE 15X5.8MM. REFIERE ANTECEDENTE DE NACIMIENTO OPR PARTO VAGINAL EUTOSICO A LAS 38SG, ACTUALMENTE CON LACTANCIA MIXTA/ NAN PRO 1) Y ALIMENTACION COMPLEMENTARIA GANANCIA ADECUADA DE PESO Y TALLA DIURESIS DIARIA, DEPOSICIONES DE CONSISTENCIA NORMAL, HITOS DELD ESARROLLO ACORDE A LA EDAD, HACE BURRITO, SE SIENTA, EMITE MONOSILABOS MA Y PA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR PRESENCIA DE LITIASIS EN VESICULA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANEMIAS POR DEFICIENCIA DE HIERRO	D508	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-17	10:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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