

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GOMEZ	OLMEDO	STEVEN JAMPIEL	31	08	2024	0 años, 6 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	1354473470	MANABI	CHONE	RICAUORTE	PIEDRA AZUL y	098-894-5103 /
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	1354473470	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	03	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

SE BRINDA CONTROL DE NIÑO SANO A PACIENTE LACTANTE MENOR. ENCUENTRO EN BUENAS CONDICIONES GENERALES . MADRE REFIERE ANTECEDENTE FAMILIAR (MADRE) ACONDROPLASIA, AL MOMENTO PACIENTE HIDRATADO, ANIMADO, CON BUEN TONO Y COLOR. PACIENTE CON TALLA BAJA PARA LA EDAD Y PESO SE HACE REFERENCIA HACIA PEDIATRIA. CON ADECUADO DESARROLLO NEUROMOTOR SEGÚN ESCALA DE DENVER. VALORACIÓN DE HEMOGLOBINA DEMUESTRA ANEMIA SEVERA. SE BRINDA EDUCACIÓN EN LACTANCIA MATERNA. SE SOLICITA REGRESAR DENTRO DE UN MES PARA CONTROL SUBSECUENTE

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PESO: 5KG TALLA: 55.8 PERIMETRO CEFALICO: 41.1 VELOR DE HEMOGLOBINA: 7.80

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL DESARROLLO Y CRECIMIENTO OSEO	M892		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-17	15:00	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-03-17	15:00	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	