

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ROSADO	MUÑOZ	VICTORIA GUADALUPE	16	11	2024	1 años, 3 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354518985	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	CABELLO AFUERA y	096-074-1154 /
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	1354518985	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	02	23
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 1 AÑOS 3 MESES DE EDAD DE SEXO FEMENINO CON ANTECEDENTES DE PREMATURIDAD NACE A LAS 29 SG EN CONTROLES EN HOSPITAL CHONE PEDIATRIA Y FISIATRIA CON APP DE OTITIS APQ NIEGA ALERGIA NIEGA APF MADRE CON HTA ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE MADRE TRAE EN BRAZOS POR CONTROL DE NIÑO SANO, LA CUAL AL MOMENTO NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA. HITOS DEL DESARROLLO ACORDE, EDAD PESO ACORDE, TALLA NO ACORDE A EDAD POR ANTECEDENTE PREMATUREZ ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO PARA SU EDAD CORREGIDA SE ENCUENTRA PACIENTE ACTIVA, AFEBRIL, LUCE HIDRATADA, (PESO ACTUAL 8,.6KG TALLA 70.5CM PC 44CM) REFLEJOS PRIMITIVOS PRESENTES,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	P073		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-23	10:31	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
2026-02-23	10:31	Medicina Familiar Y Comunitaria	STALIN GABRIEL INTRIAGO ZAMBRANO	1310605587	