

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	VERA	ADIR KALED	28	11	2024	0 años, 7 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354525386	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	SITIO ZAPALLO y SN	098-307-5063 /
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	1354525386	HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO	HOSPITAL BASICO	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2025	07	18
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 7 MESES 20 DIAS DE EDAD DE SEXO MASCULINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO ADECUADO PARA LA EDAD Y TALLA BAJA PARA LA EDAD NACE POR CESAREA A LAS 36 SEMANAS DE GESTACION SIN NINGUNA COMPLICACION, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS COMPLETAS, APP ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN TRATAMIENTO ACTUAL, APQ NINGUNA PACIENTE QUE ACUDE A CONTROL MEDICO POS ALTA MEDICA HACE 4 DIAS INGRESADO POR BRONCONEUMONIA MAMA REFIERE QUE ESTAR MEJOR YA NO TIENE TOS, CON ANTECEDENTES DE ANEMIA MODERADA EN TRATAMIENTO CON HIERRO VO, SE PIDE FERRITINA DEBIDO A QUE PRESENTA MCV DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES ADEMAS PRESENTA RETRASO DEL DESARROLLO PSICOMOTRIZ NO SE SIENTA, PRESENTA SOSTEN CEFALICO POBRE, SE OBSERVA HIPOTONIA AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIAS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ	F82X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	10:32	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

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
-------	------	--------------	------------------------	--------	-------

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	10:32	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	