

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SOL	ARLETTE SARAHI	03	12	2024	0 años, 1 meses, 8 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354528216	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y	096-999-4094 /
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	1354528216	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	01	11
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

PACIENTE FEMENINO DE 1M DE EDAD ACUDE A CONTROL EN COMPAÑIA DE PADRES, AP: NACIO A LAS 39 SG, A LOS POCOS DIAS DE NACIDA PRESENTO VOMITOS DIARIOS, TENIENDO QUE SER HOSPITALIZADA POR CUADRO DE HIPOGLUCEMIA EN 2 OCASIONES, AQX: NR, AF: NR AL MOMENTO MADRE REFIERE QUE DEBIDO A DIFICULTAD PARA LACTANCIA PESE A MULTIPLES TRATAMIENTOS, HA TENIDO QUE RECURRIR A FORMULA, NO RECUERDA SI DESDE QUE EMPEZO A USAR FORMULA INICIARON CUADROS DE MULTIPLES VOMITOS DIARIOS NO NCESARIAMENTE POSTERIOR A LA LACTANCIA EN OCASIONES PUEDEN SER DE 4-5 POR DIA, MOTIVO POR EL CUAL PACIENTE HA PRESENTADO CUADROS DE HIPOGLUCEMIA Y PERDIDA DE CONOCIMIENTO. AL MOMENTO SE ENCUENTRA EN SEGUIMIENTO CON PEDIATRA PARTICULAS EL CUAL LE ENVIO DEXTROSA 1M CADA 3H . ESQ DE VACUNACION: COMPLETA, CURVAS ANTROPOMETRICAS: TALLA Y PESO ACORDES A LA EDAD. DESARROLLO PSICOMOTOR: DENVER NORMAL. ALIMENTACION: LATANCIA MIXTA. DIURESIS Y DEPOSICIONES: NORMALES. TAMIZAJE DE VIOLENCIA: NEGATIVO. AL EXAMEN FISICO: PACIENTE ALERTA, NARIZ: SIN LESIONES. NO PRESENTA ALTERACIONES ORALES, OROFARINGE: NO ERITEMATOSA, NO EXUDADOS, CUELLO: NO HAY ADENOPATIAS, TORAX SIMETRICO, BUENA DISTENSIBILIDAD, RSCS: RITMICOS, NO SOPLOS, CSPS: BIEN VENTILADOS, ABDOMEN: BLANDO, DEPRESIBLE, NO MEGALIAS, NO DOLOROS O A LA PALPACION, GENITALES: NORMOCONFIGURADOS, NO LESIONES. EXTREMIDADES: SIMETRICAS, NO LESIONES. DURANTE CONSULTA MADRE LE DIO EL SENO Y POCOS MINUTOS DESPUES PACIENTE PRESENTO VOMITO DE CONTENIDO ALIMENTICIO. SE SOLICITA REFERENCIA PARA SEGUIMIENTO DE CASO POR ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON HISTORIAL DE HOSPITALIZACIONES DEBIDO A CUADROS DE HIPOGLUCEMIA CAUSADOS POR MULTIPLES VOMITOS DIARIOS, AL EXAMEN FISICO NO SE HAYA SIGNOS DE PATOLOGIA, SIN EMABRGO MADRE DA DE LACTAR DURANTE CONSULTA Y PACIENTE A LOS POCOS MINUTOS VOMITA CONTENIDO ALIMENTICIO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ENFERMEDAD DEL SISTEMA DIGESTIVO, NO ESPECIFICADA	K929	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-11	19:07	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	

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
2025-01-11	19:07	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	