

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	MUÑOZ	ELIAM ISAAC	08	12	2024	0 años, 0 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354531319	MANABI	CHONE	RICAUARTE	GARRAPATILLA y	099-260-6285 /
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	1354531319	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	12	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

PACIENTE MASCULINO LACTANTE MENOR DE 8 DÍAS DE EDAD. ANTECEDENTES PRENATALES: NO REFIERE. ANTECEDENTES NATALES: PESO: 3100G, TALLA 48CM, PC: 35CM. PT: 34CM, PB: 12CM. APGAR 9-10. GRUPO SANGUÍNEO O+, BCG SI, HB SI. ANTECEDENTES POSTNATALES: NO REFIERE. PACIENTE QUE ACUDE ACOMPAÑADO DE SU MADRE PARA PRIMER CONTROL DE NIÑO SANO. AL EXAMEN FÍSICO CABEZA NORMOCEFALICA, OREJAS, BOCA, NARIZ, OJOS DE IMPLANTACIÓN NORMAL, CUELLO SIMETRICO SE OBSERVAN LESIONES TIPO PUSTULAS EN CUELLO. NO ADENOPATÍAS CERVICALES, TORAX SIMETRICO MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDIACOS RÍTMICOS NORMOFONÉTICOS. ABDOMEN SUAVE DEPRESIBLE, CICATRIZ UMBILICAL SIN SIGNOS DE INFECCIÓN, LIMPIA Y SECA. GENITALES EXTERNOS MASCULINOS NORMALES, TESTÍCULOS EN ESCROTO. MIEMBROS INFERIORES BARLOS Y ORTOLANI NEGATIVOS, SE OBSERVA EQUINOVARO BILATERAL. PLAN: 1) MEDIDAS GENERALES 2) RECOMENDACIONES 3) TAMIZAJE METABOLICO 4) LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA CONSEJERÍA 5) SIGNOS DE ALARMA 6) REFERENCIA PEDIATRÍA 7) CONTROL 15 DE ENERO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TALIPES EQUINOVARUS	Q660		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-12-17	11:41	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	

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
2024-12-17	11:41	Medicina Rural	KRISTEL MADELINE LUNA LOOR	1726499377	

