

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	PINARGOTE	LUIS MARIO	01	01	2025	0 años, 10 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354543926	MANABI	FLAVIO ALFARO	FLAVIO ALFARO	LA CODICIA y SN	098-674-8213 / (00)-000-0000
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	1354543926	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	11	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

LACTANTE 10 MESES 10 DIAS DE EDAD QUE PRESENTA PESO BAJO Y TALLA BAJA PARA LA EDAD, MICROCEFALIA, NACE POR PARTO EUTOCICO A LAS 39.2 SEMANAS DE GESTACION CON APGAR 4/6 APP ESTUVO INGRESADO POR 15 DIAS EN HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA POR ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICA DEL RECIEN NACIDO,APP ENCEFALOPATIA HIPOXICO ISQUEMICO, APQ NINGUNO, APF NINGUNO. PACIENTE QUE ACUDE A CONTROL MEDICO, PRESENTA PESO BAJO, TALLA BAJA PARA LA EDAD, MICROCEFALIA, RETRASO DEL DESERROLLO PSICOMOTRIZ NO SE SIENTA, NO GATEA, NO PRESENTA BUEN SOSTEN CEFALICO, SE PIDE EXAMANES DE LABORATORIO BIOMETRIA HEMATICA, TORCH, AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIAS DE ESTIMULACION TEMPRANA,

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
2025-11-11	09:28	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
2025-11-11	09:28	Pediatría	VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE	1009-13-1255651	

