

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARAUZ	MEJIA	ADRIEL JESUS	05	01	2025	0 años, 0 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354545616	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	CHAMIZA y	096-335-8950 /
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	1354545616	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	02	03
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 MENOR DE 29 DIAS DE NACIDO SIN APP DE RELEVANCIA, NACIDO A LAS 36SG, EL 05/01/2025, CON APGAR 9, 10, PESO DE 2215G, TALLA 45CM, PC 30CM, MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADO EN EL HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA EN EL AREA DE NEONATOLOGIA EN LA CUAL ELA PIDIO ALTA PETICION . MADRE ACUDE EL DIA DE HOY PORQUE REFIERE QUE EL LACTANTE MENOR LLORA TODA LA NOCHE Y QUE LE HA ESTADO DANDO AGUA DE ANIS DESDE EL DIA DE AYER (2-02-25) , ADEMAS REFIERE QUE ELA CREE QUE SU HIJO ESTA OJEADO Y QUE ELA LO CURO SOBANDOLE UN HUEVO. AL MOMENTO PACIENTE ACTIVO, AFEBRIL, SIN SIGNOS DE ALARMA O DESHIDRATACIÓN. O: SIGNOS VITALES DENTRO DEL RANGO, BAJA TALLA Y PESO, PREMATURO, AL EXAMEN FISICO : METEORISMO INTESTINAL ,LEVE DISTENSION ABDOMINAL ,AL REALIZAR EL EXAMEN FISICO LACTANTE MENOR REALIZA UNA DEPOSICION DIARREICA DE ESCASA CANTIDAD , RESTO SIN ALTERACION. NOTA: MADRE NIEGA QUE EL LACTANTE MENOR ESTE CON DIARREA REFIERE QUE ES LA PRIMERA QUE REALIZA. A: PACIENTE EN BUEN ESTADO GENERAL, PREMATURO, CON DESARROLLO PSICOMOTOR ADECUADO PARA SU EDAD, ALIMENTACIÓN REGULAR, LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, ACTIVIDADES PREVENTIVAS PRESENTES, SE REALIZA TAMIZAJE DE VIOLENCIA FAMILIAR + MALTRATO INFANTIL NEGATIVO. P: MEDIDAS GENERALES, PARACETAMOL 6 GOTAS PRN SE LE EXPLICA A LA MADRE QUE SOLO LE DEBE DAR EN CASO DE FIEBRE Y TAMBIEN SE LE EXPLICA QUE NO DEBE DARLE AGUA DE ANIS NI NADA RELACIONADO SOLO LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, AEROM GOTAS 1 GOTA CADA 12 HORAS POR 5 DIAS, SE PROMUEVE EDUCACIÓN RESPECTO A LA TOLERANCIA AL LLANTO + ALIMENTACIÓN SALUDABLE + ESTIMULACIÓN ADECUADA PARA SU EDAD Y COMO PROCEDER EN CASOS DE EMERGENCIAS. ESQUEMA DE VACUNACIÓN PARA LA EDAD, ACTIVIDADES RECREATIVAS PARA LA EDAD, ESTIMULACIÓN TEMPRANA, SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRO PESO BAJO AL NACER	P071		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-03	11:03	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	

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
2025-02-03	11:03	Medicina Rural	JENIFFER PIERINA ANDRADE MOREIRA	1313734640	