



I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento	Edad	Sexo
ALVARADO	MORERA	DIEZISMAEL	07 01 2025	0 años, 6 meses, 4 días	Hombr
Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia	Dirección	No Telefónico
ECUATORIANA	ECUADOR	13543471	MANABI EL CARMEN EL CARMEN (URBANO)	VIA CHOYE Y	099-909-3156 /
Ver Inscripción	Documento País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Parroquia	Calle Principal y Secundaria
			Cañon	Panamá	Concepción/Cañon

II. REFERENCIA Y DERIVACIÓN

1. Datos institucionales

Entidad del Sistema	Nm. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distribución/Área
HSP	13543471	CENTRO DE SALUD DE EL CARMEN	CENTRO DE SALUD TIPO A	13006 / 2014-4
Nombre o Derivación a:	Entidad del Sistema	Hospital General	Consultorio externo	Quimioterapia
	HSP	HOSPITAL GENERAL GUSTAVO DOMÍNGUEZ		2025 07 11
Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	Med	Med

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 CON ANTECEDENTES DE MALFORMACIÓN CONGÉNITA (MICROOTIA BILATERAL GRADO 3 Y MICROGNATIA) Y DESNUTRICIÓN CRÓNICA. ACUDE EN COMPAÑÍA DE SUS PADRES POR CONTROL. AL MOMENTO ASINTOMÁTICO. ESQUEMA DE VACUNACIÓN INCOMPLETO PARA LA EDAD. EN RELACIÓN A SU CRECIMIENTO Y DESARROLLO HA AUMENTADO PESO (1 KG) Y TALLA. TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA NORMAL. TEST DE DENVER NORMAL. SE REALIZA HOY HB CAPILAR CON RESULTADO 8.4. ANEMIA MODERADA. SE ACTUALIZA REFERENCIA A OTORRINOLARINGOLOGÍA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUÍNEOS: HB CAPILAR: 8.4 G/DL

5. Diagnóstico



Diagnóstico	CR-10	PRE	DEF
MICROTIA	0117		X
FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL
2025-07-11	14:10	Medicina Familiar y Comunitaria	RIOA YOHANNA MOSCOSO MACIAS
CÓDIGO	TIPO	FECHA	FECHA
130061365			

III. CONTRAREFERENCIA Y REFERENCIA INVERSA

1. Datos institucionales

Entidad del Sistema	Nm. Clínica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Servicio	Especialidad
Entidad del Sistema	Centro referido o Referencia Inversa a:	Establecimiento de salud	Tipo	Distribución/Área	Med

2. Resumen del cuadro clínico

3. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

4. Tratamiento y procedimientos terapéuticos realizados

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CR-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
2025-07-11	14:10	Medicina Familiar y Comunitaria	RIOA YOHANNA MOSCOSO MACIAS

COPIA
Nº REG. M.S.P. 130
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
2025-07-11 14:10