

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
REALPE	BRAVO	ARES ISAAC	10	01	2025	0 años, 0 meses, 19 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354549048	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL BEJUCO y NN	099-718-2660 /
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	1354549048	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	29
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 DE 19 D DE EDAD ACUDE A CENTRO EN COMPAÑIA DE MADRE PARA PRIMER CONTROL Y TAMIZAJE METABOLICO, AP: NACIDO DE 41 SG , PARTO VAGINAL, APGAR: 9-10, TS: O+, PESO: 3435, TALLA: 40 CM, PC: 33 CM. AF: NR, AQX: NR. AL INTEROGATORIO MADRE MENCIONA POLIDACTILIA EN AMBAS MANOS. ALIMENTCION: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA, BUEN APETITO, BUEN AGARRE Y BUNEA SUCCION. CURVAS DE CRECIMIENTO ACORDE A LA EDAD, ESQ DE VACUNACION: COMPLETO, DEPOSICIONES Y DIURESIS: NORMALES. AL EXAMEN FISICO DESTACA: ABDOMEN: DIASTASIS DE RECTO Y PACIENTE PRESENTA POLIDACTILIA EN AMBAS MANOS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

AL EXAMEN FISICO DESTACA: ABDOMEN: DIASTASIS DE RECTO Y PACIENTE PRESENTA POLIDACTILIA EN AMBAS MANOS.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIDACTILIA, NO ESPECIFICADA	Q699		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-29	15:13	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 clínico

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
2025-01-29	15:13	Medicina Rural	PAOLA CECILIA ROSERO CHALE	922204664	