

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres           | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|-------------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| GOROZABEL        | GOROZABEL        | NATALIA ELIZABETH | 20                  | 01  | 2025 | 1 años, 4 meses, 8 días | Mujer   |
|                  |                  |                   | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |                | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|----------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354554543        | MANABI              | CHONE  | CHONE (URBANO) | VERGEL y                     | 096-768-8462 /       |
| 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                 | 1354554543      | CHONE                    | CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2026  | 05  | 28  |
| 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 FEMENINA DE 1 AÑO 4 MESES - PRESENTA BUEN ESTADO GENERAL, ACTIVO, SONRIENTE, CON PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD, ALIMENTACIÓN VARIADA Y BALANCEADA, CON BUENA ACEPTACIÓN DE TEXTURAS. DEPOSICIONES Y DIURESIS NORMALES. EXAMEN FÍSICO SIN HALLAZGOS PATOLÓGICOS: PIEL ROSADA, FONTANELAS CERRADAS, ABDOMEN BLANDO Y SIN ORGANOMEGALIAS - PERO PRESENTA ANQUILOGLOSIA - ESQUEMA DE VACUNACION COMPLETO - HITOS DE DESARROLLO NORMALES: PS Imita acciones de adultos, juego simbólico L: 5 palabras, algunas claras y otras poco entendibles - entiende instrucciones simples MF Apila 2-4 bloques, sostiene utensilios MG :: Camina solo por momentos cortos y madre refiere temor

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

| Diagnóstico   | CIE-10 | PRE | DEF |
|---------------|--------|-----|-----|
| ANQUILOGLOSIA | Q381   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD     | NOMBRE DEL PROFESIONAL    | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-05-28 | 09:24 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |

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 |
|------------|-------|------------------|---------------------------|------------|-------|
| 2026-05-28 | 09:24 | Medicina General | DAVID GABRIEL MEZA MONTES | 1312779588 |       |