

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|---------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| BASTIDAS         | REVELO           | NN      | 20                  | 02  | 2025 | 0 años, 0 meses, 21 días | Mujer   |
|                  |                  |         | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico       |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|---------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354575183        | MANABI              | CHONE  | RICAUARTE | VIA A LA ISLA y              | 099-254-5350 /      |
| 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                 | 1354575183      | SESME                    | CENTRO DE SALUD TIPO A | 13D07 / ZONA 4 |

| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              |  | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|--|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Pediatría    |  | 2025  | 03  | 13  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad |  | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 21 DÍAS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE INTERÉS. ACUDE A CONSULTA MÉDICA EN COMPAÑÍA DE SUS PADRES POR CONTROL MÉDICO DE RUTINA. PRODUCTO DE PARTO VAGINAL, SIN COMPLICACIONES INTRAPARTO. APGAR 8-9. PESO AL NACER 2995. TALLA 49 CM, PC 34.5 CM. ALIMENTACIÓN A BASE DE LECHE MATERNA EXCLUSIVA. NO HAY ALTERACIONES EN LA TÉCNICA DE LACTANCIA, BUEN AGARRE Y SUCCIÓN. MICCIÓN Y DEPOSICIONES ESPONTÁNEA. NO REFIERE SINTOMATOLOGÍA. ESTADO NUTRICIONAL CORRECTO PARA LA EDAD, DESARROLLO PSICOMOTOR NORMAL PARA LA EDAD. REFLEJOS ARCAICOS CONSERVADOS. ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO PARA LA EDAD. TAMIZAJE AUDITIVO Y METABÓLICO COMPLETADOS. PACIENTE ALERTA, ACTIVO E IRRITABLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ACIENTE FEMENINA DE 21 DÍAS DE EDAD, SIN ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE INTERÉS. ACUDE A CONSULTA MÉDICA EN COMPAÑÍA DE SUS PADRES POR CONTROL MÉDICO DE RUTINA. PRODUCTO DE PARTO VAGINAL, SIN COMPLICACIONES

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                      | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------|--------|-----|-----|
| EXAMEN DE OIDOS Y DE LA AUDICION | Z011   |     |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL     | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-03-13 | 11:55 | Medicina Rural | BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR | 1316378957 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|----------------------------|------------|-------|
| 2025-03-13 | 11:55 | Medicina Rural | BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR | 1316378957 |       |

