

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PATIÑO	MELO	MATEO GABRIEL	30	09	2024	0 años, 5 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354591008	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SANTA MARTHA y NN	096-974-7590 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	NNNMER13202409302	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	03	12
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 ES TRAIIDO POR SUS PADRES A CITA MEDICA DE CONTROL, REFIERE ANTECEDENTE DE PARTO POR CESAREA POR EMERGENCIA POR ANTECEDENTE MATERNO DE IVU, A LAS 32 SG 2 DIAS CON ENTUBACION MECANICA, FOTOTERAPIA POR 7 DIAS, OXIGENO POR CANULA NASAL POR 24H, PESO 2280GR, APGAR 9/10, T 46, PC 32 RECIBIÓ ANTIBIOTICOTERAPIA INGRESADO EN AREA DE NEONATOS POR 9 DIAS, HASTA EL MOMENTO SOLO HA RECIBIDO VACUNACION DE BCG Y HEPATITIS B, CON LACTANCIA MIXTA BLEMIL ETAPA 1, ULKTIMO CONTROL PEDIATRICO HACE UN MES, PERDIÓ CITA DE MEDICA, DESEA REAPERTURAR CITA, TOMA TRIVISOL 6 GOTAS DIARIAS, SULFATO DE ZINC 7 GOTAS DIARIAS, A VECES DAN AEROM PARA LOS GASES, HITOS DEL DESARROLLO SOLO SE PPONE DE LADO, PINZA OBJETOS, INTENTA LLEVAR A LA BOCA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION SUBSECUENTE POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-12	15:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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

