

## I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

|                  |                  |              |                     |     |      |                          |         |
|------------------|------------------|--------------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres      | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
| VERA             | PALMA            | ANGELA SOFIA | 25                  | 03  | 2025 | 0 años, 3 meses, 19 días | Mujer   |
|                  |                  |              | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

  

|                 |                |                   |                     |               |                   |                              |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|---------------|-------------------|------------------------------|
| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |               | Dirección         | No Telefónico                |
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354595603        | MANABI              | FLAVIO ALFARO | PASO LATERAL y SN | 099-194-4754 /               |
| 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                 | 1354595603      | HOSPITAL BASICO SAN ANDRES - FLAVIO ALFARO |  | HOSPITAL BASICO | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

  

|                     |                                          |                  |              |       |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| Refiere o Deriva a: |                                          |                  |              | Fecha |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA | Consulta externa | Fisiatría    | 2025  | 07  | 14  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

## 2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <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

LACTANTE DE 3 MES 19 DIAS DE EDAD DE SEXO FEMENINO QUE ACUDE EN COMPAÑIA DE LA MADRE PRESENTA PESO BAJO PARA LA EDAD Y TALLA BAJA PARA LA EDAD.NACE POR CESAREA A LAS 37.5 SG, ALERGIAS NO REFIERE, VACUNAS INCOMPLETAS PARA LA EDAD, APP INTERNADA EN NEO POR TAQUIPNEA+ ICTERICIA+REALIZA COLESTASIS MEDICA CON ACIDO URDODEXOCICOLICO,TETRALOGIA FALLOT COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR SUBAORTICA CON CCBD • ESTENOSIS INFUNDIBULO VALVULAR PULMONAR SEVERA • TRONCO DE ARTERIA PULMONAR PEQUEÑO,EN CONTROL CON CARDIOLOGIA PEDIATRICA, PESO ACTUAL 3,7,TALLA 52 CM SINDROME DE DOWN, DOS INGRESOS POR NEUMONIA, EL ULTIMO INGRESO ESTUVO EN TERAPIA INTENSIVA POR 13 DIASA APQ NINGUNA. MAMA REFIERE QUE ACUDE A CONTROL MEDICO DADA ALTA MEDICA HACE 8 DIAS INGRESADA EN UCIP POR NEUMONIA, SE VALORA AL MOMENTO ACTIVA, DESPIERTA, BUEN PATRON RESPIRATORIO, BUEN ESTADO GENERAL, PRESENTA HIPOTONIA GENERALIZADA AMERITA VALORACION POR FISIATRIA PARA INICIAR TERAPIA DE ESTIMULACION TEMPRANA.

## 4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NINGUNA

## 5. Diagnóstico

|            |       | Diagnóstico         | CIE-10                      | PRE             | DEF                                                                                                                                                                                |
|------------|-------|---------------------|-----------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|            |       | HIPOTONIA CONGENITA | P942                        | X               |                                                                                                                                                                                    |
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD        | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA                                                                                                                                                                              |
| 2025-07-14 | 09:30 | Pediatría           | VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE | 1009-13-1255651 |  FIRMADO ELECTRONICAMENTE por:<br>VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE<br>VALIDAR ÚNICAMENTE CON FIRMADO |

## 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   |
|------------|-------|--------------|-----------------------------|-----------------|-------|
|            |       |              |                             |                 |       |
| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD | NOMBRE DEL PROFESIONAL      | CÓDIGO          | FIRMA |
| 2025-07-14 | 09:30 | Pediatría    | VICTOR MIGUEL PALMA ANDRADE | 1009-13-1255651 |       |

### 6. Tratamiento recomendado a seguir en le establecimiento de salud de menor nivel de atención y/o complejidad