

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres         | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                    | Sexo    |
|------------------|------------------|-----------------|---------------------|-----|------|-------------------------|---------|
| MOREIRA          | CUSME            | AILANY ISABELLA | 29                  | 03  | 2025 | 0 años, 0 meses, 4 días | Hombre  |
|                  |                  |                 | día                 | mes | año  | a-m-d                   | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1354597807        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | CDLA HIDALGO y               | 099-067-3969 /       |
| 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                 | 1354597807      | 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  | 04  | 02  |
| 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 DE 4 DÍAS DE EDAD, QUE ES TRÁIDO POR SU MADRE PARA SU PRIMER CONTROL DE NIÑO SANO. NACIDO MEDIANTE PARTO VAGINAL A LAS 40.1 SG. CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO: 3205 GR, TALLA: 48 CM, PERÍMETRO CEFÁLICO: 34.5 CM, PERÍMETRO TORACICO: 33CM, PERÍMETRO BRAQUIAL: 10 CM, APGAR: 9/10. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA A LIBRE DEMANDA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO LACTANTE EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN REFIERE NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD EN ÚLTIMOS DÍAS. SE ENVIA REFERENCIA A PEDIATRIA POR PRESENTAR FRENILLO LINGUAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO HAY EXAMENES

5. Diagnóstico

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

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL       | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-04-02 | 12:16 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|------------------------------|------------|-------|
| 2025-04-02 | 12:16 | Medicina Rural | JOHNNY ISAIAS JACOME MONCAYO | 0927252106 |       |