

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVARRIA	VELASQUEZ	ISAAC BENJAMIN	29	04	2025	0 años, 3 meses, 2 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354616219	MANABI	CHONE	SANTA RITA	MIRAFLORES y AV LOS RAIDISTAS	099-935-7265 /
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	1354616219	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	07	31
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 MENOR MASCULINO DE 3 MESES DE EDAD, ANTECEDENTES PERINATALES: PARTO VAGINAL 40 SG, PESO AL NACER: 2710, PC:31, T:47. APP: CONJUNTIVITIS OJO IZQUIERDO DESDE EL NACIMIENTO. REFIERE QUE ESTUVO INGRESADO EN ALOJAMIENTO CONJUNTO A LOS 3 DIAS DE VIDA YA QUE EL NEONATO PRESENTABA PALIDEZ GENERALIZADA, TAQUIPNEA, ALZA TERMICA Y DESATURACIONES HASTA 75%. ESTUVO 13 DIAS EN HOSPITALIZACION CON ESQUEMA ANTIBIOTICO. MADRE REFIERE QUE FUE INGRESADA A UCI POR CHOQUE SEPTICO PARA ESE MOMENTO. ALIMENTACION PARA ESE MOMENTO: LECHE MATERNA POR SONDO. ID: SOSPECHA DE SEPSIS BACTERIANA DEL RECIEN NACIDO. ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO, MADRE REFIERE BUEN ESTADO DE SALUD, ALIMENTACIÓN SOLO LECHE MATERNA + FORMULA, NO DATOS DE IMPORTANCIA. AL MOMENTO LACTANTE CLÍNICAMENTE ESTABLE, AFEBRIL, ASINTOMÁTICO, LLANTO, Y SUCCIÓN FUERTES. DE ACUERDO A CURVAS DE CRECIMIENTO SE ENCUENTRA TALLA NORMAL/SEGUIMIENTO, BAJO PESO, IMC EMACIADO, PC: MICROCEFALIA. DEBIDO A SUS ANTECEDENTES Y MADRE REFIERE QUE NO TIENE APETITO SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRIA. AL EXAMEN FÍSICO: CABEZA NORMOCEFÁLICA, FONTANELA NORMOTENSA, PUPILAS ISOCÓRICAS NORMOREACTIVAS, NARIZ PERMEABLE, MUCOSA ORAL HÚMEDA, OROFARINGE NO ERITEMATOSA; CUELLO MÓVIL, SIMÉTRICO, SIN ADENOMEGALIAS PALPABLES; TÓRAX SIMÉTRICO, BUENA MECÁNICA VENTILATORIA, CAMPOS PULMONARES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, NO RUIDOS AGREGADOS, CORAZÓN RUIDOS CARDIACOS RITMICOS NORMOFONÉTICOS, NO SE AUSCULTA SOPLOS; ABDOMEN RUIDOS HIDROAÉREOS PRESENTES, SUAVE, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO, NO VISEROMEGALIAS; REGIÓN INGUINO-GENITAL: GENITALES EXTERNOS MASCULINOS, TESTÍCULOS EN ESCROTO; EXTREMIDADES SIMÉTRICAS, NO EDEMA, BUEN TONO MUSCULAR; PIEL CONSERVADA; REFLEJOS PARA LA EDAD CONSERVADOS, BUEN TONO MUSCULAR. VALORACIÓN DEL NEURODESARROLLO TEST DE DENVER NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DESNUTRICION PROTEICOCALORICA SEVERA, NO ESPECIFICADA	E43X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-31	09:52	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	

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
2025-07-31	09:52	Medicina Rural	ANA BELEN COSTALES MONTALVO	0926787821	