

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	MENDOZA	AYLAH DANAÉ	23	06	2025	0 años, 6 meses, 13 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354649897	MANABI	CHONE	SANTA RITA	EL CAUCA y	096-744-9358 /
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	1354649897	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	Hospital Napoleon Davila C.	Consulta externa	Pediatría	2026	01	05
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 QUE NACIO POR PARTO PREMATURO (29SG) INGRESADA EN NEONATOLOGIA POR 3 MESES, SE LE REALIZO EL TAMIZAJE METABOLICO SIN ALTERACION APARENTE, CON VACUNACION COMPLETA HASTA LA EDAD ACTUAL 6 MESES. MENOR QUE SE ENCUENTRA CON BAJO PESO Y TALLA A LA EDAD ACTUAL POR CONDICION DE NACIMIENTO, CON TONO MUSCULAR LIGERAMENTE DISMINUIDO, SOSTEN CEFALICO DEBIL, EXTREMIDADES INFERIORES LIGERAMENTE RIGIDAS RECIENTE, INICIA A GIRARSE SOBRE SU PROPIO EJE. NECESITA VALORACION POR ESTIMULACION TEMPRANA Y SEGUIMIENTO POR PEDIATRIA POR CORMORBILIDADES CON LAS QUE NACIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RETRASO EN DESARROLLO POR SER PREMATURO EXTREMO AL NACER.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO ESPECIFICO DEL DESARROLLO DE LA FUNCION MOTRIZ		F82X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-05	14:26	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-01-05	14:26	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	