

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SOLORZANO	GANCHOZO	CRISTHIAN KALETH	03	07	2025	0 años, 1 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354656827	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	AV SAN LORENZO y	096-827-0156 /
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	1354656827	INES MORENO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	08	14
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 NACIDO A LAS 40 SEMANAS DE GESTACION POR PARTO EUTOCICO DE SEXO MASCULINO CON PESO 3500 G TALLA 51 CM PC: 33 APGAR 9/10 AL MINUTO AL NACER PINZAMIENTO OPORTUNO DE CORDON, APEGO PRECOZ, LACTANCIA MATERNA INMEDIATA. LACTANTE MENOR ACUDE A CONSULTA MEDICA POR MOTIVO DE PRIMER CONTROL DE SALUD DE NIÑO SANO, HITOS DEL DESARROLLO NORMAL PARA LA EDAD, PESO Y TALLA ADECUADA PARA LA EDAD. REFLEJOS PRESENTES: SUCCION, MORO, PRESION PALMAR Y PLANTAR. EXAMEN FISICO: CABEZA: NORMOCEFALO FONTANELA ANTERIOR Y POSTERIOR NORMOTENSA, BOCA: PRESENCIA DE FRENILLO LINGUAL CORTO. CUELLO: NO ADENOPATIAS, TORAX: CSPTS: BUENA BVENTILACION MECANICA, RSCS: RITMICOS Y FONETICOS NO SOPLO CARDIACO, ABDOMEN: BLANDO RHA; NORMALES: PELVIS: TESTICULOS EN CADA BOLSA ESCROTALPREPUCIO RETRACTIL. TAMIZAJE METABOLICO: 11/JULIO TAMIZAJE AUDITIVO: 5/08 (SI PASA) ACTUALMENTE EN EN TRATAMIENTO CON TRIVISOL 5 GOTAS DIARIAS. PLAN EDUCACIONAL: LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANQUILOGLOSIA	Q381		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-14	15:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

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
2025-08-14	15:01	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARIA BELEN MUÑOZ VILLANUEVA	1723141550	

