

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEDRANDA	MOREIRA	AINARA AYLIS	03	07	2025	0 años, 2 meses, 29 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354656850	MANABI	CHONE	CANUTO	CASA GRANDE y	099-502-9436 /
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	1354656850	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2025	10	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 FEMENINA DE 2 MESES DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE (GRETTY MOREIRA) PARA CONTROL DE NIÑO SANO. RESIDE EN CASA GRANDE. ANTECEDENTES PERSONALES: RCIU. ANTECEDENTES FAMILIARES: DIABETES ABUELO. ALERGIAS: NO REFIERE. ANTECEDENTES QUIRURGICOS: NO REFIERE. ANTECEDENTES PERINATALES SIN ALTERACIONES RELEVANTES SEGÚN REFERENCIA MATERNA. MADRE NIEGA SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA, DIGESTIVA, URINARIA O NEUROLÓGICA. PACIENTE ACTIVO, REACTIVO, AFEBRIL, EN BUEN ESTADO GENERAL, BIEN HIDRATADO, NORMOCOLORADO, SIN SIGNOS DE DIFICULTAD RESPIRATORIA, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO Y NO DOLOROSO, SIN VISCEROMEGALIAS, EXTREMIDADES ÍNTEGRAS, MARCHA Y POSTURA ACORDES A LA EDAD. DESARROLLO PSICOMOTOR ACORDE A LA EDAD SEGÚN ESCALA DE DENVER. TALLA BAJA SEGÚN CURVAS OMS. ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO SEGÚN LA EDAD. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO. SIN SIGNOS DE ALARMA. SE ORIENTA A LA MADRE SOBRE HÁBITOS SALUDABLES, ALIMENTACIÓN ADECUADA, SIGNOS DE ALARMA Y SE INDICA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO SEGÚN CRONOGRAMA. SE SOLICITA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA VALORACION + TRATAMIENTO INTEGRAL

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

EN TRAMITE

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
RETARDO DEL DESARROLLO	R620		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-02	09:58	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

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
2025-10-02	09:58	Medicina Rural	VICKY STEFANNY CEDEÑO MARCILLO	1316030046	

