

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	MENDOZA	ALISHA CLARISSE	28	07	2025	0 años, 11 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354671859	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SAN ANTONIO y	097-998-2311 /
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	1354671859	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATerno INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	07	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

LACTANTE MENOR DE 11 MESES QUE ACUDE A LA CONSULTA EN BRAZOS DE MADRE QUIEN INDICA QUE LACTANTE PRESENTA SIGNOS CLÍNICOS COMPATIBLES CON UN POSIBLE TRASTORNO DEL DESARROLLO INFANTIL EN ESTUDIO. REFIERE LA MADRE QUE DURANTE EL EMBARAZO NO PRESENTÓ AMENAZA DE ABORTO. NIEGA HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS GESTACIONAL. INFECCIONES URINARIAS Y VAGINALES CON TRATAMIENTO. NIEGA HIPERTERMIA. NIEGA EXPOSICIÓN A TERATÓGENOS AMBIENTALES. MOVIMIENTOS FETALES PRESENTES, ASISTIÓ A TODOS LOS CONTROLES. EL NACIMIENTO SE PRODUJO POR CESÁREA A LAS 37 SEMANAS. LLORÓ AL NACER. PRESENTÓ DIFICULTAD RESPIRATORIA. LA MADRE PRESENTÓ COLESTASIS DURANTE LA CESÁREA. ALTA A LOS 8 DÍAS DE NACIDA. INCOMPATIBILIDAD ABO, RECIBIÓ FOTOTERAPIA. FUE TRANSFUNDIDA POR DISMINUCIÓN EN LOS VALORES DE HEMOGLOBINA. PRECISO RESPIRACIÓN ASISTIDA. PRESENTÓ 3 CONVULSIONES. FUE INGRESADA EN TERAPIA. TOMA LEVETIRACETAN. ESTUVO 11 DÍAS CON VENTILACIÓN MECÁNICA ASISTIDA. SE REALIZÓ TAMIZAJE AMPLIADO CON RESULTADOS NORMALES. ANTES DE LA TRANSFUSIÓN SE LE REALIZÓ AMONIO. EL TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL FUE NORMAL. EL EEG FUE NORMAL. AL EXAMEN FÍSICO NO SE OBSERVAN DISMORFIAS OBJETIVAS. SE APRECIA BUEN TONO MUSCULAR. HA MEJORADO EL DESARROLLO MOTOR/ASISTE A ESTIMULACIÓN/EVOLUCIÓN/CONTROL/ASISTE A ESTIMULACIÓN TEMPRANA. SEGUIMIENTO ESPECIALIZADO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNOS ESPECIFICOS MIXTOS DEL DESARROLLO	F83X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-02	09:57	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

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