

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GARCIA	GONZALEZ	AITANA GUADALUPE	20	08	2025	0 años, 0 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354686352	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	BAY PAS y	095-989-7256 /
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	1354686352	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatria		2025	09	01
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

NEONATO DE 12 DÍAS DE VIDA OBTENIDO POR PARTO EUTOCICO A LAS 37.2 SEMANAS DE GESTACIÓN, CON PESO 2320 GRAMOS , TALLA 45 CM, PERÍMETRO CEFALICO 30.5CM, APGAR 8 - 9, QUE ACUDE CON SU MADRE POR INTERCONSULTA DE MEDICINA GENERAL POR MALFORMACIÓN CONGÉNITA DE MIEMBRO SUPERIOR. AL MOMENTO AFEBRIL, ESTABLE ACTIVO, REACTIVO, CON BUEN REFLEJO DE SUCCIÓN, TOLERANCIA ORAL, PESO Y TALLA ACORDE A LA EDAD. REFLEJO NORMALES PARA SU EDAD. AL EXAMEN FÍSICO EXTREMIDAD SUPERIOR IZQUIERDA NORMAL, LA DERECHA AUSENCIA DEL DEDO PULGAR Y POSTURA INADECUADA DE LA MANO MOTIVO POR EL CUAL SE SOLICITA VALORACIÓN DE ESPECIALIDAD

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACION CONGENITA DE MIEMBRO(S), NO ESPECIFICADA	Q 749		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-01	12:55	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	 Firmado electrónicamente por: GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO Validar únicamente con FirmaEC

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