

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	LOOR	MADELYN AITANA	02	09	2025	0 años, 0 meses, 7 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354694166	MANABI	CHONE	CANUTO	SN y SN	098-396-8136 /
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	1354694166	CANUTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	09	09
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 NEONATA DE 7 DÍAS DE VIDA, ACOMPAÑADA DE LA MADRE, QUE ACUDE A SU PRIMER CONTROL DE NIÑO SANO. NO PRESENTA SINTOMATOLOGÍA ACTIVA NI SIGNOS DE PATOLOGÍA. AL MOMENTO PACIENTE COLABORADORA, AFEBRIL, ACTIVO Y ELECTIVO, SIN SIGNOS DE ALARMA. AL EXAMEN FISICO SE EVIDENCIA A NIVEL DE CAVIDAD BUCAL MUCOSAS HÚMEDAS Y ROSADAS. REFLEJOS DE SUCCIÓN Y DEGLUCIÓN PRESENTES Y VIGOROSOS. PALADAR ÍNTEGRO A LA INSPECCIÓN Y PALPACIÓN (NO FISURA). PERLAS DE EPSTEIN (QUISTES DIMINUTOS) EN LÍNEA MEDIA DEL PALADAR. FRENILLO LINGUAL ANQUILOGLOSIA TIPO II. POR LO QUE SE SOLICITA VALORACION POR MEDICO ESPECIALISTA

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANQUILOGLOSIA	Q381	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-09	11:44	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	

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
2025-09-09	11:44	Medicina Rural	MABEL MARIA PALMA GARCIA	1316058062	