

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIOS	PONCE	JESUS EMMANUEL	09	09	2025	0 años, 10 meses, 7 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354699496	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	LA PITAHAYA y SN	099-153-0899 /
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	1354699496	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4	

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	07	16
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MENOR DE 10 MESES Y 7 DÍAS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO(A) DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO. REPRESENTANTE REFIERE QUE AL MOMENTO SE MANTIENE EN BUEN ESTADO GENERAL DE SALUD.QUE DÍAS PASADOS PRESENTÓ CUADRO RESPIRATORIO YA RESUELTO, EN DICHA CONSULTA PEDIATRA TOMA SIGNOS VITALES CONSTATANDO TAQUICARDIA MAS DE 180 LATIDOS POR MINUTO, AL DÍA DE HOY NIEGA ALZA TÉRMICA. NIEGA SÍNTOMAS DIGESTIVOS O GENITOURINARIOS DE IMPORTANCIA. FUNCIONES FISIOLÓGICAS CONSERVADAS . ALIMENTACIÓN ACTUAL BASADA EN LACTANCIA MATERNA Y ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA, CON ESCASA TOLERANCIA A ALGUNOS ALIMENTOS. ADEMAS AL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA MOVILIDAD AUMENTADA DE TEJIDOS DE LOS PIES, SIN OTRAS NOVEDADES REFERIDAS. TELEFONO: 0991530899-0989183003

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME DE HIPERMOVILIDAD	M357	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	10:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-07-16	10:50	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

