

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PALMA	SALDARRIAGA	KILIAM DARELL	16	09	2025	0 años, 8 meses, 17 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354701748	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	24 DE JULIO y	099-841-2535 /
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	1354701748	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	Pediatría	2026	06	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 8 MESES CON ANTECEDENTE DE SER OBTENIDO POR CESAREA 40 SEMANAS DE GESTACIÓN (EN CLÍNICA PARTICULAR), CON PESO AL NACER DE 3170 GRAMOS, TALLA 51 CM, APGAR 9 -10, PERIMETRO CEFALICO DESCONOCIDO, QUE NACIMIENTO REQUIRIO OXIGENO POR 4 HORAS APROXIMADAMENTE; QUE ACUDE CON SU MADRE LA CUAL REFIERE MOVIMIENTOS ANORMALES DESDE HACE 6 MESES ATRÁS, QUE APARECEN SOLO A LA LACTANCIA, CON UNA FRECUENCIA DE 3 A 4 VECES POR SEMANA CON DURACIÓN DE SEGUNDO HASTA LLEGAR AL MINUTO ACTUALMENTE (SEGUN GRABACIÓN) EN LA CUAL REALIZA MOVIMIENTOS VOLUNTARIOS DE CABEZA Y EXTREMIDADES SUPERIORES - MANOS, NIEGA PROCESOS INFECCIOSOS, NIEGA FIEBRE; POR LO CUAL DESCRITO SE SOLICITA VALORACIÓN DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN Y SALVO CRITERIO MEDICO REMITIR A TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS MOVIMIENTOS ANORMALES INVOLUNTARIOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	R258	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-02	08:22	Pediatría	GILMA ROSARIO LLERENA ZAMBRANO	1304544032	

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

