

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GUALLICHICO	CAICEDO	JESUS JHAEL	19	09	2025	0 años, 2 meses, 14 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354704577	MANABI	CHONE	BOYACA	SN y SN	096-042-3407 /
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	1354704577	BOYACA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	03
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 PRETERMINO NACIDO A LAS 33 SEMANAS, 44.3 POR SEMANA CORREGIDA, 2 MESES 14 DIAS DE NACIDO. ACUDE EN BRAZOS DE SU MADRE POR CONTROL DE NIÑO SANO. MADRE REFEIRE RINORREA ESPORADICA DE 2 DIAS DE EVOLUCION, PEDIATRICO RECIBE ALIMENTACION MIXTA (LACTANCIA Y LECHE DE FORMULA POR INDICACION DE PEDIDATRA). MADRE REFIERE TRATAMIENTO CON ERITROPOYETINA LOS LUNES, MIERCOLES, VIERNES, CTUALMENTE CON 12VA SESION. EXAMEN FISICO LLAMA LA ATENCION ESCLERAS CON TINTE ICTERICO, FRENILLO LINGUAL CORTO EN BOCA, HERNIA INGUINAL INGUINAL CON PREDOMINIO EN ESCROTO DE DERECHO. ADEMAS DE TENER PESO Y TALLA BAJO POR LA EDAD. REFLEJOS CONSERVADOS, ABDOMEN SENSIBLE DOLOROSO A LA PALPACION SUPERFICIAL. SE REALIZA REFERENCIA PARA PEDAITRIA PARA MANEJO MULTIDISCIPLINARIO. TELEFONO: 0980533635 - 0960422407

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SANGRE: COMPONENTES SANGUINEOS: RECUENTO DE GLOBULOS ROJOS 3.38, HEMOGLOBINA 10.5, HEMATOCRITO31.2, RDW17.8, GLOBULOS BLANCOS4.8, LINFOCITOS 55.5, NEUTROFILOS 24.8, MONOCITOS 17.4, EOSINOFILOS 1.5. PRUEBAS ESPECIALES: GLUCOSA 72, TGO 126, TGP 91, PROTEINA C REACTIVA CUANTITATIVAVA 2.4

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ICTERICIA NO ESPECIFICADA	R17X	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-03	12:38	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

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 clínico

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
2025-12-03	12:38	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

