

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
FRANCO	PARRAGA	EITHAN ABRAHAM	03	10	2025	0 años, 0 meses, 10 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354712349	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	BARQUERO y	096-011-6054 /
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	1354712349	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	13
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	☐	POLIDACTILIA	

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 10 DÍAS DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA SU PRIMER CONTROL DE NIÑO SANO. NACIDO MEDIANTE CESAREA A LAS 38 SG. CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO: 3400 GR, TALLA: 49 CM, PERÍMETRO CEFÁLICO: 30 CM, PERÍMETRO TORACICO: 30 CM, PERÍMETRO BRAQUIAL: 11 CM, APGAR: 8/9. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE FORMULA Y LACTANCIA MATERNA A LIBRE DEMANDA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO LACTANTE EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN REFIERE NO HA PRESENTADO SÍNTOMAS ASOCIADOS A ENFERMEDAD EN ÚLTIMOS DÍAS. AL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA POLIDACTILIA POSTAXIAL DE LA MANO IZQUIERDA ADEMÁS PRESENTA PIE TALO. TEL: 0960116054

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
POLIDACTILIA, NO ESPECIFICADA	Q 699		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-13	11:51	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

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
2025-10-13	11:51	Medicina Rural	MARIA DANIELA VELECELA ZAMBRANO	1313571612	

