

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ARTEAGA	QUEVEDO	MAIKEL EZEQUIEL	06	12	2025	0 años, 0 meses, 9 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354747857	MANABI	CHONE	BOYACA	VIA CUCUY y	099-244-2118 /
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	1354747857	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	15
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

NEONATO MASCULINO DE 9 DÍAS, ES TRAÍDO POR SUS PADRES PARA REALIZACIÓN DE TAMIZAJE METABÓLICO Y PRIMER CONTROL MÉDICO. REFIERE ANTECEDENTES NATALES, PARTO EN CLINICA SANTA MARTHA POR PARTO POR CESAREA. APGAR: 9-10, TALLA: 52 CM, PESO: 4318 GRAMOS, EG: 39 SEMANAS, LÍQUIDO AMNIÓTICO CLARO, REFIERE NO RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANA, CUENTA CON VACUNAS BCG Y VHB EN CARTILLA DE VACUNACIÓN. AL MOMENTO ABUELA REFIERE QUE NEONATO SE ENCUENTRA BIEN, PRESENTA BUEN REFLEJO DE SUCCIÓN, ACTIVO REACTIVO AL MANEJO, NECESIDADES FISIOLÓGICAS CONSERVADAS, BUEN ESTADO GENERAL. AL EXAMEN FÍSICO LLAMA LA ATENCION SINDACTILIA ENMANO DERECHA, UNION DE PIEL DESDE EL SEGUNDO HASTA EL QUINTO DEDO, PRESENCIA DE MOVILIDAD NORMAL DE ARTICULACION ENTRE FALANGES, NORMAL FLEXION, DIFICULTAD PARA EXTENSION DE DEDOS, ADEMAS SE NOTA DISMINUCION DE TAMAÑO DICHOS DEDOS. ASESORÍA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA Y A DEMANDA. ASESORÍA ESQUEMA DE VACUNACIÓN SEGÚN MSP. ASESORÍA ESTIMULACIÓN TEMPRANA. ASESORÍA SEGURIDAD E HIGIENE. SE INDICA SIGNOS DE ALARMA. SEGUIMIENTO SUBSECUENTE MENSUAL. PLAN: REFERENCIA PARA PEDIATRIA PARA MANEJO DE SINDACTILIA Y POSTERIOR TRATAMIENTO QUIRURGICO. TELEFONO: 0980070498 - 0992442118

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

TELEFONO: 0980070498 - 0992442118

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDACTILIA, NO ESPECIFICADA	Q 709		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-15	17:23	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
2025-12-15	17:23	Medicina Rural	GEOVANNA KAROLINA CERCADO CEDEÑO	1315109510	

