

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	SALAZAR	ALAIJA JORDANA	10	12	2025	0 años, 7 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354750885	MANABI	CHONE	CONVENTO	LAS PIEDRAS y	099-406-2016 /
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	1354750885	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / 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 resolutiva	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE FEMENINA DE 7 MESES DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO APP: NO REFIERE AQX: NO REFIERE APF: NO REFIERE. MADRE REFIERE QUE ESTA CON RINORREA HIALINA FIEBRE NO CUANTIFICADA EL DIA DE AYER 15/07/2026 TOS PACIENTE PEDIÁTRICO CON PERÍMETRO CEFÁLICO DE 40 CM, VALOR QUE SE ENCUENTRA POR DEBAJO DEL RANGO ESPERADO PARA LA EDAD, COMPATIBLE CON MICROCEFALIA SEGÚN LA CURVA DE CRECIMIENTO DE PERÍMETRO CEFÁLICO. ESTE HALLAZGO HA SIDO DOCUMENTADO EN CUATRO VALORACIONES CONSECUTIVAS, EVIDENCIANDO PERSISTENCIA DE LA ALTERACIÓN, POR LO QUE SE DECIDE REFERENCIA AL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL NAPOLEÓN DÁVILA CÓRDOVA PARA VALORACIÓN ESPECIALIZADA, CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA Y CONTINUIDAD DEL MANEJO. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL . TEP NORMAL . DENVER NORMAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

MICROCEFALIA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MICROCEFALIA	Q02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-16	11:54	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

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	11:54	Medicina Rural	VIVIANA TAMAR CASANOVA BRAVO	1316721933	

