

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MOLINA	ROMERO	AILANI SOFIA	03	04	2026	0 años, 0 meses, 4 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354811083	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SAN PABLO CULEBRA y	097-896-7914 /
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	1354811083	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	04	07
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

CAPTACIÓN TEMPRANA DE RECIÉN NACIDO FEMENINO, 4 DÍAS DE VIDA OBTENIDA POR CESÁREA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA DE CHONE, NACIÓ EL 03 DE ABRIL DE 2026, AL MOMENTO TRANQUILA, AFEBRIL, RECIBIENDO LACTANCIA MATERNA EFECTIVA. ANTECEDENTES PRENATALES: MADRE MULTIPARA DE 17 AÑOS, CONTROLES PRENATALES: 5 EN EL CENTRO DE SALUD. ANTECEDENTES PERINATALES: CESAREA, SEMANAS DE GESTACIÓN: 38 SEMANAS, SEXO FEMENINO, PESO AL NACER: 3480 GRAMOS, LONGITUD AL NACER: 49 CM, PC: 34,5 CM. ANTECEDENTES POSTNATALES: VACUNACIÓN: HA RECIBIDO ESQUEMA BCG Y HB, ACUDE PARA REALIZARLE EL TAMIZAJE METABÓLICO NEONATAL. MADRE REFIERE 05 DE ABRIL PRESENTO ALZA TERMICA DE 38 POR LO CUAL ACUDIO AL TIPO C EN CHONE ADMISTRANDOLE PARACETAMOL EN GOTAS. AL MOMENTO DE LA CONSULTA SIGNOS VITALES DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0981492397/0978967914.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MICROCEFALIA	Q02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-07	11:46	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

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
2026-04-07	11:46	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	

