

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VARGAS	ZAMBRANO	NN N	12	06	2026	0 años, 0 meses, 14 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354852293	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SITIO SAN ANTONIO y	096-791-5230 / (96)-791-5230
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	1354852293	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	06	26
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 14 DÍAS DE EDAD, QUE ES TRAÍDO POR SU MADRE PARA SU PRIMER CONTROL DE NIÑO SANO. NACIDO MEDIANTE PARTO POR CESAREA A LAS 35 SG. CON LAS SIGUIENTES MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS: PESO: 2015 GR, TALLA: 45 CM, PERÍMETRO CEFÁLICO: 31 CM, PERÍMETRO TORACICO: 28 CM, APGAR: 9/9. REFIERE ALIMENTARLO MEDIANTE LACTANCIA MIXTA CON BUENA TOLERANCIA ORAL. DEPOSICIONES Y DIURESIS CONSERVADAS. DUERME BIEN. AL MOMENTO LACTANTE EN BRAZOS DE SU MADRE QUIEN REFIERE FLATULENCIAS DE PREDOMINIO NOCTURNO Y ESCALDADURA EN ZONA DEL PAÑAL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

0967915230.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS RECIEN NACIDOS PRETERMINO	P073		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-26	13:37	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 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
2026-06-26	13:37	Medicina Rural	MARIA DEL CARMEN ARAGUNDI ARTEAGA	1312255787	