

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MENDOZA	MACIAS	MYLAN MAXILIANO	27	07	2024	1 años, 7 meses, 0 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1762404984	MANABI	CHONE	CHIBUNGA	LAS MONSES y	098-748-1261 /
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	1762404984	CHIBUNGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	02	27
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 masculino de 1 año 7 meses de edad que acude a consulta en compañía de su madre para control de niño sano. Con antecedentes personales de importancia: diagnóstico de síndrome Cri du Chat (deleción del brazo corto del cromosoma 5), actualmente madre refiere que no tiene seguimiento por el servicio de genética. Durante la consulta, la madre refiere que el paciente se encuentra asintomático, sin presencia de fiebre, vómitos, diarrea ni otros signos de alarma. Indica que la alimentación complementaria ha sido bien tolerada, con buen apetito. No refiere eventos recientes de enfermedad. se evalua crecimiento y desarrollo de acuerdo con las tablas de la OMS y se le explica a la madre. bajo peso y microcefalia.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO APLICA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SUPRESION DEL BRAZO CORTO DEL CROMOSOMA 5	Q934		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-02-27	09:27	Medicina Rural	JOSE RAFAEL ANDRADE MENDOZA	1350239966	

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
2026-02-27	09:27	Medicina Rural	JOSE RAFAEL ANDRADE MENDOZA	1350239966	