

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MEZA	ARELLANO	JUNIOR DAVID	12	12	2020	5 años, 4 meses, 1 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	2351920174	MANABI	CHONE	RICAURTE	VIA QUITO KM6 y CHIGUILPE	0967296864 /
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	2351920174	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Fisiatría		2026	04	13
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

ESCOLAR MASCULINO DE 5 AÑOS ACUDE A ESTA CASA DE SALUD JUNTO A SU MADRE QUIEN SOLICITA LA REVISIÓN DE EXÁMENES DE LABORATORIO QUE REALIZA EN LABORATORIO PRIVADO. AL MOMENTO ESTABLE, AFEBRIL. ACTIVO Y REACTIVO AL MOMENTO DE LA CONSULTA. EN EL EXAMEN FÍSICO SE OBSERVA LA PRESENCIA DE ANQUILOGLOSIA, RAZÓN POR LA CUAL SE REALIZA REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL PARA VALORACIÓN DE CUADRO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: GLUCOSA 78.17 UREA 23.45 BUN 10.96 CREATININA 0.33 ÁCIDO ÚRICO 3.12 COLESTEROL TOTAL 204.78 TRIGLICÉRIDOS 102. 18 TGO 25.49 TGP 12.45 COPROLOGICO: FLORA BACTERIANA LIGERAMENTE AUMENTADA. PARÁSITOS: ENDOLIMAX NANA ++ BIOMETRIA HEMATICA: HB 11.30 HTC 33 VCM 79.7 HCM 27 PLAQ 567. EMO (UROANALISIS DE RUTINA): COLOR AMARILLO PH 5 LEUCOS NEGATIVO NITRITOS NEGATIVO PROTEINA NEGATIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ANQUILOGLOSIA	Q381		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-13	08:55	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-04-13	08:55	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

