

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	VERA	AREZ ARIEL	03	12	2025	0 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	2352453514	MANABI	CHONE	CONVENTO	PAJA LUISA y	098-753-7282 / (99)-999-9999
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	2352453514	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	03
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 7 MESE DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA CONTROL DE NIÑO SANO . APP: NO REFIERE AQX: NO REFIERE HOSPIZACION: NO. ALERGIAS: NO. PACIENTE NACIDO A LAS 40 SDG POR PARTO VAGINAL , APGAR 8-9. PERCENTILES DE P. CEFL: -3.05 . PERCENTILES DE PESO Y TALLA DENTRO DE LOS PARAMETROS NORMALES . PACIENTE REQUIERE VALORACION POR ESPECIALIDAD. SE RECOMIENDA A MADRE ACUDA CON TAMIZAJE AUDITIVO . AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL, ACTIVO . TEP NORMAL . DENVER NORMAL . TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DENVER NORMAL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MICROCEFALIA	Q02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-03	08:46	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-07-03	08:46	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	