

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
COBEÑA	CHILA	RN RN	10	08	2025	0 años, 2 meses, 19 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	RNRCOC13202508102	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN PEDRO DE ORO y	099-146-8754 /
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	RNRCOC13202508102	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	29
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 2 MESES DE EDAD, NACIDA POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES, GESTACIÓN DE 38 SEMANAS SEGÚN REFIERE MADRE, ESQUEMA DE VACUNACIÓN COMPLETO, SIN TAMIZAJE NEONATAL NI AUDITIVO REALIZADO. ACUDE A CONSULTA POR CONTROL DE NIÑO SANO. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE ALERTA, REACTIVA, BUENA TONO MUSCULAR, PERÍMETRO CEFÁLICO DE 35.7 CM, LO QUE CORRESPONDE A MICROCEFALIA SEGÚN CURVAS DE CRECIMIENTO. RESTO DE SIGNOS VITALES Y EXAMEN GENERAL DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES. SE REALIZA REFERENCIA A ESPECIALIDAD DE PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO. SE ORIENTA A MADRE SOBRE SIGNOS DE ALERTA, COMO ALTERACIONES EN ALIMENTACIÓN, VÓMITOS, LETARGIA O CRISIS CONVULSIVAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PERÍMETRO CEFÁLICO 35.7 SIGNOS VITALES ESTABLES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MICROCEFALIA	Q02X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-29	18:20	Medicina Rural	JESUS OCTAVIO BRAGANZA ALAVA	1312255357	

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
2025-10-29	18:20	Medicina Rural	JESUS OCTAVIO BRAGANZA ALAVA	1312255357	