

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	BRAVO	DYLAN MANUEL	10	01	2025	1 años, 6 meses, 24 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1354549675	MANABI	TOSAGUA	TOSAGUA	NN y NN	098-505-7992 /
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	1354549675	CENTRO DE SALUD TIPO C DR. ARNALDO CALDERON COELLO	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA		13D12 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:				Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría	2026	08	03
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud	Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

LACTANTE MAYOR MASCULINO DE 1 AÑO Y 6 MESES DE EDAD QUE ACUDE A CONTROL DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU MADRE. MADRE REFIERE QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO GENERAL DE SALUD, ACTIVO Y CON APETITO CONSERVADO. NIEGA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS COMO TOS, RINORREA O DIFICULTAD RESPIRATORIA. NIEGA SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES COMO VÓMITOS, DIARREA, DOLOR ABDOMINAL O CAMBIOS EN EL HÁBITO INTESTINAL. NIEGA SÍNTOMAS URINARIOS. PACIENTE YA NO RECIBE LACTANCIA MATERNA. DURANTE EL EXAMEN FÍSICO SE EVIDENCIA AUSCULTACIÓN DE SOPLO CARDÍACO, SIN SIGNOS DE COMPROMISO HEMODINÁMICO. MENCIONA MADRE QUE NO HA PRESENTADO CIANOSIS PERIBUCAL NI OTRO SÍNTOMAS RELACIONA. TELEFONO 0980020533

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

....

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	R011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-08-03	14:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

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
2026-08-03	14:59	Medicina Familiar Y Comunitaria	YOLANDA CAROLINA CEDEÑO CEDEÑO	1009-13-1216663	

