

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SANTOS	FALCONI	ALEXA MARIA	07	05	2015	10 años, 7 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352091282	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	VIA CHONE QUITO y	098-695-5771 /
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	1352091282	CUCUY	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	24
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 INFANTE FEMENINO DE 10 AÑOS CON APP: NO REFIERE; APF: NO REFIERE; AQX: NO REFIERE; HÁBITOS: DIETA BALANCEADA; ALERGIAS: NO REFIERE. ACUDE A LA CONSULTA ACOMPAÑADA DE SU MADRE POR CUADRO CLÍNICO MAYOR DE 6 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR MASA BLANDA EN REGIÓN FRONTAL. MADRE REFIERE QUE APARECIÓ DESPUES DE QUE LA PACIENTE SUFRIERA GOLPE EN SU CABEZA POR CAIDA DESDE SU BICICLETA SOBRE TIERRA. AL MOMENTO PACIENTE AFEBRIL, ACTIVA/REACTIVA COLABORADORA CON EL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RX DE CRANEO: NORMAL, APARENTEMENTE SIN FRACTURAS

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OTRAS PARTES DE LA CABEZA	S008		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-24	09:06	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	

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 clínico

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
2025-12-24	09:06	Medicina Rural	DAVID FERNANDO CEDEÑO QUIJJE	1313435933	