

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHILA	CHUMO	EDGAR ALEJANDRO	13	05	2017	8 años, 7 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0751485293	MANABI	CHONE	CONVENTO	LA HERMOSA y	098-011-7097 /
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	0751485293	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	08
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 8 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD EN COMPAÑIA DE SU MADRE POR REFERIR CUADRO CLINICO DE CEFALEA, VOMITOS Y MALESTAR GENERAL. APP: NO REFIERE APF: NO REFIERE AQX. NO REFIERE . AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, COLABORADOR,ALERTA, AFEBRIL. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

A LA AUSCULTACION: SOPLO SISTOLICO TRICUSPIDEO. POR ESTUDIAR COMUNICACION INTERVENTRICULAR?.

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ARRITMIAS CARDIACAS ESPECIFICADAS		I498	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-08	11:33	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
2026-01-08	11:33	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	