

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
RIVADENEIRA	GILER	JEAN CARLOS	15	04	2014	10 años, 5 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	0932549298	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV CARLOS ALBERTO ARAY y 24 DE JULIO	099-654-8592 /
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	0932549298	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	10	09
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 10 AÑOS ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑIA DE SU MADRE, CON ANTECEDENTE DE HIDRONEFROSIS CONGENITA. PRESENTA CUADRO CLINICO DE C. AL MOMENTO PACIENTE ESTABLE, ORIENTADO, AFEBRIL, PIEL Y MUCOSAS HUMEDAS, CABEZA NORMOCEFALO, CUELLO SIN ADENOPATIAS, CAMPOS PULMONARES VENTLADOS, RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE DE 10 AÑOS CON TAQUICARDIAS HACE 4 AÑOS, QUE EN EL ULTIMO AÑO SE HA PRESENTADO CON MAS FRECUENCIA, SE LE HAN REALIZADO DOS ELECTROCARDIOGRAMAS Y EN NINGUNO SE HA PODIDO DETECTAR LA ARRITMIA, HA SIDO EVALUADO POR PEDIATRIA Y CARDIOLOGIA, QUIENES RECOMIENDAN EVALUACION POR ESPECIALIDAD DE CARDIOLOGIA PEDIATRICA Y LA REALIZACION DE UN HOLTER.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ARRITMIA CARDIACA, NO ESPECIFICADA	I499	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-10-09	11:49	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	131541988	

Firmado electrónicamente por:
DIANA KATHIUSCA
ZAMBRANO ANDRADE

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
2024-10-09	11:49	Medicina Rural	DIANA KATHIUSCA ZAMBRANO ANDRADE	1315419885	

