

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CAICEDO	SAN ANDRES	SAMUEL ANDRES	30	06	2018	7 años, 1 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0962583993	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CDLA GONZALEZ y	095-972-7502 / (99)-999-9999
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	0962583993	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	08	19
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 DE 7 AÑOS DE EDAD. APP NO REFIERE. ALERGIAS: HUEVO, CAMARON. APF: MAMA HTA. ABUELOS MATERNOS DIABETES MELLITUS TIPO 2 . ABUELOS PATERNOS DIABETES MELLITUS TIPO 2. ACUDE EL DIA DE HOY EN COMPAÑIA DE MAMA SOILA SAN ANDRES QUIEN REFIERE TRAE A SU NIÑO POR PRESENTAR DEBILIDAD FISICA HACE HACE 4 DIAS ACOMPAÑADO DE PALIDEZ, PIEL FRIA, DES ORIENTACION, SUDORACION, DOLOR ABDOMINAL, NAUSEAS. DURANTE LA MEDICION DE EXAMENES SE EVIDENCIA GLICEMIA 44MG/DL, Y HA MANTENIDO VALORES ALREDEDOR DE 50 MG/DL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NO TIENE.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HIPOGLICEMIA, NO ESPECIFICADA	E162		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-08-19	14:37	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2025-08-19	14:37	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	