

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
PONCE	FUENTES	FERNANDA RAFAELLA	03	07	2018	8 años, 0 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0962590386	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VIA BOYACA y	098-312-1075 /
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	0962590386	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		2026	07	06
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 FEMENINA DE 7 AÑOS DE EDAD, ACUDE AL ESTABLECIMIENTO EN COMPAÑÍA DE SU ABUELA, QUIEN REFIERE CUADRO CARACTERIZADO POR EPISODIOS REPETIDOS DE AGRESIVIDAD QUE DURAN ENTRE 45 MINUTOS A 1 HORA, POSTERIOR A LA SEPARACIÓN DE SUS PADRES. LA ABUELA SEÑALA QUE LA PACIENTE ERA MUY APEGADA A SU PADRE, PERO QUE ESTE SE HA DESPREOCUPADO DE SU CUIDADO. ADEMÁS, REFIERE ANOREXIA. NIEGA ALERGIAS CONOCIDAS. TEST DE VIOLENCIA NEGATIVO. AL MOMENTO DE LA EVALUACIÓN, LA PACIENTE SE ENCUENTRA AFEBRIL, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, ORIENTADA EN TIEMPO, ESPACIO Y PERSONA, COLABORADORA AL INTERROGATORIO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

CLINICOS. MANEJO Y SEGUIMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico		CIE-10	PRE	DEF
TRASTORNO DE LA CONDUCTA, NO ESPECIFICADO		F919		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	14:45	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	

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
2026-07-06	14:45	Medicina Rural	MAURO ALBERTO ZAMBRANO BRAVO	1308277142	