

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SABANDO	VELEZ	GISELL JULIETTE	27	07	2022	3 años, 9 meses, 9 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0965922776	MANABI	PICHINCHA	PICHINCHA	SD y SD	098-881-3191 /
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	0965922776	PICHINCHA	CENTRO DE SALUD TIPO B	13D08 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2026	05	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 ESCOLAR, NO REPORTA ANTECEDENTES, PERSONALES DE RELEVANCIA, AL MOMENTO DE LA CONSULTA NO REPORTA SÍNTOMAS RESPIRATORIOS, O GÁSTRICOS, ASINTOMÁTICOS AL MOMENTO DE LA CONSULTA, PACIENTE DE CONTROL REFIERE QUE ES REFERIDA POR SOPLO CARDIACO PRESENTA CIANOSIS EN PARTE DE LABIOS Y LA PUNTAS DE LOS DEDOS PARA CONTROL, MAS HERNIA INGUINAL DERECHA PARA CONTROL,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

OTROS ANALISIS: HEMOGLOBINA 11 HCT 32.9 EOSINOFILO L

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	R011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-06	14:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	Dr. Edgardo Alay M.  MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR Reg. Senescyt: 1027-2022-2414948

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
2026-05-06	14:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	EDGARDO JUVENAL ALAY MERO	1310535131	