

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDENO	BURGOS	BYRON SANTIAGO	26	03	2023	3 años, 2 meses, 28 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	0966422107	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SAN PEDRO DE ORO y NA	098-366-3259 /
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	0966422107	SAN PEDRO DE ATASCOSO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	06	23
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 PEDIÁTRICO DE 3 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE SU MADRE, QUIEN REFIERE CUADRO CLÍNICO DE APROXIMADAMENTE 2 MESES DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR ESTREÑIMIENTO CRÓNICO. MANIFIESTA QUE EL NIÑO PUEDE PERMANECER ENTRE 5 Y 6 DÍAS SIN REALIZAR DEPOSICIONES, PRESENTANDO ÚNICAMENTE ESCAPE FECAL Y MANCHADO DE LA ROPA INTERIOR. REFIERE USO DE CALILLA PARA FACILITAR LA EVACUACIÓN Y ANTECEDENTE DE TRATAMIENTO CON LAXANTES SIN MEJORÍA CLÍNICA EVIDENTE. APORTA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN LA QUE SE REPORTA PRESENCIA DE ABUNDANTES GASES EN TODO EL MARCO COLÓNICO. NO REFIERE FIEBRE, VÓMITOS NI OTROS SIGNOS DE ALARMA.
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: PRESENCIA DE ABUNDANTES GASES EN TODO EL MARCO COLONICO. (METEORISMO), EVIDENTE DISTENSION ABDOMINAL (MADRE REFIERE 2 MESES SIN REALIZAR DEPOSICIONES CON NORMALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CONSTIPACION	K590	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-23	17:13	Medicina Rural	CRUZ LUCIA VERDUGA SOLORZANO	1317707451	

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
2026-06-23	17:13	Medicina Rural	CRUZ LUCIA VERDUGA SOLORZANO	1317707451	

