

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
LOOR	VERA	ASHLEY MERLIA	06	12	2024	1 años, 1 meses, 15 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1253225955	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	QUEVEDO y	098-037-3975 /
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	1253225955	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2026	01	21
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

LACTANTE MAYOR DE 13 MESES DE EDAD QUE ES TRAIDA POR LA MADRE A CONTROL DE NIÑO SANO, CON ANTECEDENTE PERSONAL PATOLÓGICO DE ICTERICIA Y PREMATUREZ AL NACIMIENTO ACUDE A ESTE CENTRO DE SALUD, PERMANECIENDO BAJO VIGILANCIA CLÍNICA PARA VALORACIÓN MÉDICA EN CONTROL. DURANTE LA VALORACIÓN CLÍNICA Y POR MEDIO DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA SE OBSERVA PACIENTE CONSCIENTE, NORMOHIDRATADA, CON LEVE TINTE ICTÉRICO EN PIEL Y ESCLERAS, SIN OTROS DATOS DE ALARMA. APARATOS Y SISTEMAS SIN ALTERACIONES APARENTES SIN COLURIA NI ACOLIA NO REFIERE DATOS DE COMPROMISO HEMODINAMICO MADRE MENCIONA QUE LA NIÑA ESTA EN TRATAMIENTO PARA ANEMIA FERROPENICA DESDE HACE 2 MESES POR LO CUAL SE ENVIAN LABORATORIOS PARA VALORACION INTEGRAL. DEBIDO A ANTECEDENTE DE ICTERICIA Y PARA VALORACIÓN INTEGRAL, SE DECIDE DERIVACIÓN AL SERVICIO DE PEDIATRÍA PARA SEGUIMIENTO, ESTUDIO ETIOLÓGICO Y MANEJO ESPECIALIZADO. SE EXPLICA CONDUCTA A FAMILIAR RESPONSABLE, QUIEN COMPRENDE Y ACEPTA INDICACIONES.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ICTERICIA NO ESPECIFICADA	R17X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-01-21	08:46	Medicina Rural	EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE	1351020506	

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
2026-01-21	08:46	Medicina Rural	EMILIA ALEXANDRA ZAMORA PINOARGOTE	1351020506	

