

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VELEZ	CEDEÑO	DIANA ANTONIA	22	12	1993	32 años, 3 meses, 17 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1314001593	MANABI	BOLIVAR	QUIROGA	CHAPULI y	098-029-7653 /
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	1314001593	QUIROGA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D06 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Medicina Interna		2026	04	08
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 CON CUADRO CLINICO DE 4 MESES DE EVOLUCION CARACTERIZADO POR PERDIDA PROGRESIVA DE PESO, ALZA TERMICA QUE SE PRESENTA EN HORAS DE LA NOCHE, DIAFORESIS PROFUSA QUE SE PRESENTA EN HORAS DE LA NOCHE, PALIDEZ CUTANEA, ASTENIA MARCADA, REFIERE DOLOR EN REGIONES LATERALES DEL CUELLO, NO SE PALPAN ADENOPATIAS. ODINOFAGIA INTENSA, MIALGIAS GENERALIZADAS, ESCALOFRIOS, SE HA REALIZADO VARIOS ESTUDIOS CON RESULTADOS DENTRO DE PARAMETROS NORMALES. RESULTADOS DE EXAMENES: 07/02/2026: LEUCOS: 8.48, NEUTRO: 5.95, LINF:2.07, GLOBULOS ROJOS: 4.79, HB: 15.4, PLAQ: 315, GLUCOSA: 104, UREA: 18.6, CREAT: 0.78, TGO: 42.1, TGP: 46.1, TSH: 0.30, FT4: 1.37, FT3: 2.64. VIH: NO REACTIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

NA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MONONUCLEOSIS INFECCIOSA, NO ESPECIFICADA	B279	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-04-08	14:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	

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
2026-04-08	14:23	Medicina Familiar Y Comunitaria	LUIS GABRIEL VIVAS RODRIGUEZ	CU-13-5540	