

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ORDÓÑEZ	CINDY LISSETH	26	04	2010	16 años, 1 meses, 16 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1316245321	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	VERGEL y	099-042-4481 /
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	1316245321	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE	Consulta externa	Medicina Interna	2026	06	11	
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 VALORADA PREVIAMENTE EN DONDE YA SE LE INDICO EL PROCESO A SEGUIR, SIN EMBARGO PACIENTE Y FAMILIAR REFIERE QUE NO HA OBTENIDO RESPUESTA FAVORABLE, TIENE PENDIENTE VALORACION ALERGOLOGIA PARA REALIZACION DE TAC CONTRASTADA ABDOMEN Y TORAX, AL MOMENTO ESTA ASINTOMATICA, REALIZO REFERENCIA A MEDICINA INTERNA HOSPITAL CHONE PARA EVALUACION DE ALERGIAS , A PESAR QUE DICHO TRAMITE DEBERIA SER GESTIONADO ENTRE HOSPITALES

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

PACIENTE CON SECUELAS DE HEMOTORAX AMERITA DAR CONTINUIDAD A TRATAMIENTO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
HEMOTORAX	J942		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-06-11	11:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	

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
2026-06-11	11:39	Medicina Familiar Y Comunitaria	ALBERTO JOSE ZAMBRANO ALCIVAR	1310089188	