

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CEDEÑO	VITE	WILTER MATEO	18	10	2012	12 años, 11 meses, 29 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1317304127	MANABI	CHONE	RICAUARTE	BRAZIL y	098-883-7420 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convecional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1317304127	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	17
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 MASCULINO DE 12 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA CASA DE SALUD ACOMPAÑADO DE SU MADRE PARA REFERENCIA A CARDIOLOGÍA POR HALLAZGO DE SOPLO CARDÍACO SISTÓLICO EYECTIVO EN FOCO PULMONAR. AL EXAMEN FÍSICO: PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, SIGNOS VITALES DENTRO DE PARÁMETROS NORMALES, TÓRAX SIMÉTRICO, CAMPOS PULMONARES LIBRES CON MURMULLO VESICULAR CONSERVADO, RUIDOS CARDÍACOS RÍTMICOS CON SOPLO SISTÓLICO EYECTIVO AUDIBLE EN FOCO PULMONAR, ABDOMEN BLANDO, DEPRESIBLE, NO DOLOROSO A LA PALPACIÓN, EXTREMIDADES SIN EDEMAS, PULSOS PERIFÉRICOS PRESENTES Y SIMÉTRICOS, NEUROLÓGICO SIN DÉFICIT MOTOR NI SENSITIVO. SE REALIZA REFERENCIA A PEDIATRÍA PARA EVALUACIÓN Y POSTERIOR VALORACIÓN

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-17	14:03	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	

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
2025-10-17	14:03	Medicina Rural	MAICKEL ROMAN DELGADO AGUAYO	1313317495	