

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTILLO	VELEZ	MABEL ANNABEL	07	06	2012	13 años, 6 meses, 6 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350307458	MANABI	CHONE	SANTA RITA	ATAHUALPA y PRIMERO DE MAYO	098-255-0711 /
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	1350307458	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	13
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 FEMENINA DE 13 AÑOS QUE ES TRAIDA POR CUIDADORA A ESTA CASA DE SALUD, PARA CONTROL MEDICO. CUIDADORA REFIERE seguimiento en DE LENGUAJE, TERAPIA OCUPACIONAL Y NUTRICION. ACUDE PARA CERTIFICADO DE MIESS y POR ATENCION MEDICA. AL EXAMEN FÍSICO NORMOCÉFALO, ALERTA Y ORIENTADS, HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE, NO ADENOPATÍAS BILATERALES, RUIDOS CARDIACOS NORMALES Y SINCRÓNICOS SIN SOPLOS, CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE Y NO DOLOROSO, EMUNTORIOS CONSERVADOS, EXTREMIDADES SIN PATOLOGÍA APARENTE. PADRES REFIEREN QUE PACIENTE ESTUVO HOSPITALIZADA 10 DÍAS EN JULIO Y TENIA QUE SEGUIR CONRTOLES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES PERO NO TIENEN CITA POR LO QUE SOLICITA ATENCION POR PEDIATRIA SE REALIZA REFERENCIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	J22X		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-13	17:51	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

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
2025-12-13	17:51	Medicina Rural	CARLOS DAVID FIGUEROA ANDRADE	1313827808	

