

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BARBERAN	ARAUZ	JOSE RENE	06	08	2011	14 años, 11 meses, 22 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350548788	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SD y SD	000-000-0000 /
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	1350548788	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	28
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

MENOR NACIDO POR PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES. MADRE Y MENOR INDICAN QUE HACE CASI 8 DIAS ESTABA EN UNA REUNION Y QUE DE UN MOMENTO A OTRO EMPEZO A SENTIR DIFICULTAD PARA RESPIRAR ADEMÁS DE SENSACION DE CARLOR, HORMIGUEO EN ROSTRO QUE DESCENDIO A MANOS Y PIERNAS. PERSONAS QUE ESTABAN ALREDEDOR INDICAN QUE SU TONO DE PIEL CAMBIO A OSCURA (AZULADA). NO CIRUGIAS PREVIAS, NO ALERGIAS, NO PATOLOGIAS APARENTES. ANTESCEDENTE FAMILIARES PADRE DIABETICO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

DIFICULTA RESPIRATORIA SIN ANTESCEDENTE PREVIO DE ENFERMEDAD RESPITARORIA NI PERDIDA DE CONCIENCIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS ANORMALIDADES DE LA RESPIRACION Y LAS NO ESPECIFICADAS	R068	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-28	14:12	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	

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
2026-07-28	14:12	Medicina General	JANETH LISBETH VERA RIVADENEIRA	1312225319	