

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	MERA	MAITE DAMARYS	23	07	2013	11 años, 11 meses, 25 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1350907471	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	SALINAS y 24 DE JULIO	096-988-9214 /
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	1350907471	CHONE	CENTRO DE SALUD TIPO C-MATERNO INFANTIL Y EMERGENCIA	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	18
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 11 AÑOS DE EDAD, APP DE TETRALOGIA DE FALLOT, YA OPERADA, ALERGIAS NO REFIERE, APF MADRE DIABETICA. PACIENTE ACUDE A CITA MEDICA DE CONTROL. AL MOMENTO DE LA CITA PACIENTE ESTABLE, ORIENTADA, ASINTOMATICA, NO REFIERE MOLESTIAS CUANDO REALIZA ACTIVIDAD FISICA. MADRE REFIERE REQUERIR REFERENCIA PARA PEDIATRIA PARA CONTROL POR ANTECEDENTE DE LA PACIENTE. AL EXAMEN FISICO RUIDOS CARDIACOS RITMICOS, NO SE AUSCULTAN SOPLOS . CAMPOS PULMONARES VENTILADOS, MURMULLO VESICULAR CONSERVADO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

N/A

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
TETRALOGIA DE FALLOT	Q213		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-18	15:29	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	



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
2025-07-18	15:29	Medicina Rural	CARLOS ANTONIO VILLACIS DE LA CRUZ	1312780115	