

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
GILER	PAZ	DEIVYS JOSUE	08	07	2014	10 años, 7 meses, 3 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351814601	MANABI	CHONE	RICAURTE	BRAZIL y VÍA AGUA BLANCA	098-187-8938 /
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	1351814601	RICAURTE	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL DE CHONE		Consulta externa	Pediatría	2025	02	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 DE 10 AÑOS DE EDAD ES TRAÍDO POR SU ABUELA A LA UNIDAD, APP SOPLO CARDIACO HOLOSISTÓLICO, APF NO REFIERE APQ NO REFIERE. ACUDEN A LA UNIDAD DEBIDO A CUADRO CLÍNICO DE 24 HORAS DE EVOLUCIÓN CARACTERIZADO POR HEMATURIA Y DISURIA. NIEGA OTROS SINTOMAS ACOMPAÑANTES. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE AFEBRIL, ORIENTADO EN TIEMPO ESPACIO Y PERSONA, PULMONES CLAROS, BUENA ENTRADA DE AIRE, SIN RUIDOS AÑADIDOS, RUIDOS CARDIACO AUDIBLES, SE EVIDENCIA SOPLO HOLOSITÓLICO GRADO I. RESTO DEL EXAMEN FÍSICO NORMAL. SE LE ENVIA UROCULTIVO

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

soplo holosistolico

5. Diagnóstico

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

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-02-11	14:11	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	

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
2025-02-11	14:11	Medicina Rural	MARIA PATRICIA BURGOS FARIAS	1312139205	