

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
SALDARRIAGA	MOREIRA	ALAN JAVIER	14	10	2014	11 años, 8 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	1351947294	MANABI	CHONE	CONVENTO	COMUNIDAD CORNETA y	097-978-7492 /
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	1351947294	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	06
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 11 AÑOS DE EDAD ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD PARA REVISION DE EXAMENES COMPLEMENTARIOS.REFIERE AL DIA DE HOY SEGUIR CON DISNEA DE MEDIANOS ESFUERZOS . APP: NO REFIERE AQX: NO REFIERE APF: NO REFIERE.OCUPACION: ESTUDIANTE. HABITOS : NO REFIERE. FUMADOR PASIVO OCASIONAL. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, SIN SIGNOS DE DISTRESS RESPIRATORIO, ALERTA, AFEBRIL, ACTIVO , COLABORADOR. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

RADIOLOGIA CONVENCIONAL : AL RX TORAX 29/05/2026 : RX PA DE TORAX, CENTRADA, BIEN PENETRADA, PRESENTA MICRONODULOS EN LOBULO MEDIO DERECHO . BRONCOGRAMA AEREO + INFILTRADOS PARAHILIARES EN LOBULO MEDIO E INFERIOR .

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS TRASTORNOS DEL PULMON	J984		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-06	14:40	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	

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
2026-07-06	14:40	Medicina Rural	MELANIE ROMINA ONCE CEDEÑO	1315552610	