

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MURILLO	AMAYA	JALINTON FRANCISCO	10	11	2014	10 años, 8 meses, 4 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351964836	MANABI	CHONE	ELOY ALFARO	1 y	098-116-9981 /
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	1351964836	ELOY ALFARO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	07	14
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 CON APP DE SÍNDROME NEFRÓTICO, CORTICODEPENDIENTE, EN TRATAMIENTO CON PREDNISONA 5 MG VO QD, ENALAPRIL 5MG VO QD. QUIEN ACUDE A ESTA CASA DE SALUD EN COMPAÑÍA DE MADRE PARA RETIRO DE MEDICACIÓN CONTINUA, REFIERE QUE PACIENTE NO LLEVA CONTROLES DESDE HACE 3 AÑOS APROXIMADAMENTE, POR LO CUAL SOLICITA NUEVA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA, AL MOMENTO ASINTOMÁTICO, SIN SIGNOS DE ALARMA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

UROANÁLISIS 05/01/2025: PH 6.0 / DENSIDAD 1010 / LEUCO NEG / BILIRRUBINA NEG / PROTEÍNA NEG / ÁCIDO ASCÓRBICO NEG / CEL EPITELIALES ESCASA / GLUCOSA NEG

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SINDROME NEFROTICO, NO ESPECIFICADA	N049		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-07-14	10:04	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	

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
2025-07-14	10:04	Medicina Rural	BELEN ELISA SOLEDISPA SOLEDISPA	1726770496	