

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	RIVAS	GIANELLA MARIELY	25	11	2014	10 años, 2 meses, 3 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1351981046	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	SN y	555-555-5555 /
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	1351981046	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	01	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 ☐
- INFECCION DE VIAS URINARIAS RECURRENTES

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 10 AÑOS APP: IVU RECURRENTE MENCIONA CUADRO CLINICO DE HACE 1 SEMANA DONDE PRESENTO FIEBRE DE 37.8, CEFALEA, COMENTA HABERLA LLEVADO A EMERGENCIA DND E SE REALIZO EXAMENES DE ORINA Y TENIA (++) BACTERIAS DONDE SE TRATO CON AMOXICILINA CADA 8 HORAS POR 5 DIAS. COMENTA HABER TENIDO UN CUADRO REPETITIVO HACE 2 MESES DONDE PRESENTO FIEBRE, CEFALEA, DOLOR LUMBAR QUE SE TRATO CON AMOXICILINA MAS ACIDO CLAVULANICO POR 7 DIAS.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

SE SOLICITA VALORACION POR ESPECIALIDAD

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
INFECCION DE VIAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	N390	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-01-28	14:53	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

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
2025-01-28	14:53	Medicina Rural	PAOLA IRENE MONROY ARMIJOS	930317268	

