

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CHAVEZ	MOREIRA	ISABELLA VICTORIA	06	01	2015	11 años, 4 meses, 22 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia		Dirección		No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352010639	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV SIXTO DURAN BALLEN y SIN NOMBRE	099-690-4899 /
Ver instructivo	Describir País	Cédula 10 dígitos	Provincia	Cantón	Parroquia	Calle Principal y Secundaria	Convencional/Celular

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

Entidad del Sistema	His.Clinica No.	Establecimiento de salud	Tipo	Distrito/Area
MSP	1352010639	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	2026	05	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



3. Resumen del cuadro clínico

PACIENTE DE 11 AÑOS DE EDAD CON CARDIOPATIA UTLIMO SEGUIMIENTO CON CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES HACE 2 AÑOS . REFIERE PADRE QUE PACIENTE PRESENTA CANSANCIO CON ESFUERZOS EXTREMOS .

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ULTRASONIDO: FOP 4MM SIN REPERCUSION HEMODINAMICA CAVIDADES DE TAMAÑO CONSERVADO NO COARTACION AORTA NO DUCTUS ARTERIOSOS SIN HIPERFLUJO VENOSO PULMONAR FUNCION SISTOLICA DEL VENTRICULO IZQUIERDO CONSERVADA ECO BURBUJA POSITIVO

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
MALFORMACION CONGENITA DEL CORAZON, NO ESPECIFICADA	Q249	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-05-28	11:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

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
2026-05-28	11:22	Medicina Familiar Y Comunitaria	LADY ALEXANDRA RIVAS PROAÑO	1009-14-1320949	

