

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres            | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                      | Sexo    |
|------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----|------|---------------------------|---------|
| SANTANDER        | ZAMBRANO         | KIMBERLY GUADALUPE | 10                  | 05  | 2015 | 11 años, 0 meses, 24 días | Mujer   |
|                  |                  |                    | día                 | mes | año  | a-m-d                     | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |            | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|------------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1352095259        | MANABI              | CHONE  | SANTA RITA | EL BEJUCAL y                 | 096-412-8315 /       |
| Ver instructivo | Describir País | Cédula 10 dígitos | Provincia           | Cantón | Parroquia  | Calle Principal y Secundaria | Conveccional/Celular |

II. REFERENCIA ☒ DERIVACIÓN ☐

1. Datos Institucionales

| Entidad del Sistema | His.Clinica No. | Establecimiento de salud | Tipo                   |  | Distrito/Area  |  |  |
|---------------------|-----------------|--------------------------|------------------------|--|----------------|--|--|
| MSP                 | 1352095259      | SANTA RITA               | CENTRO DE SALUD TIPO A |  | 13D07 / ZONA 4 |  |  |

| Refiere o Deriva a: |                                          |  |                  |              | Fecha |     |     |
|---------------------|------------------------------------------|--|------------------|--------------|-------|-----|-----|
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |  | Consulta externa | Pediatría    | 2026  | 06  | 03  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |  | Servicio         | Especialidad | día   | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                          |                                |                                     |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------------------|-------------------------------------|
| Limitada capacidad resolutiva     | <input type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/>            |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/> | Otros/especifique:             | <input checked="" type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/> | CONTROL Y SEGUIMIENTO          |                                     |

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE FEMENINA DE 11 AÑOS DE EDAD. APP: NACE A LAS 35 SEMANAS DE GESTACION CON BAJO PESO. APF: MADRE HTA, AQX: NIEGA AA: NIEGA. MENARQUIA: 10 AÑOS 9MESES. PACIENTE CON ALIMENTACIÓN BALANCEADA. ACUDE ACOMPAÑADA DE LA MADRE A CONSULTA, MISMA QUE REFIERE ACUDIR POR REFERENCIA A PEDIATRIA EN HNDC POR MOTIVO DE CONTROL Y SEGUIMIENTO PARA POSIBLE CASO DE AUTISMO. AL MOMENTO MADRE REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA DOLOR EN EXTREMIDADES INFERIORES POR LAS TARDES, NIEGA EDEMAS, NIEGA FIEBRE U ALGUNA OTRA SINTOMATOLOGIA. PACIENTE ACUDIO CON TERAPIA FISICA EN DONDE LE DAN DIAGNOSTICO DE PIE PLANO CONGENITO. AL MOMENTO DE LA CONSULTA PACIENTE POCO EXPRESIVA. ESTADO NUTRICIONAL ADECUADO PARA LA EDAD. PACIENTE ESTABLE, ALERTA Y ACTIVO. PACIENTE ESTABLE. TAMIZAJE DE VIOLENCIA NEGATIVO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

.

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                                                                                                                | CIE-10 | PRE | DEF |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----|-----|
| TRASTORNOS NO ESPECIFICADOS, EMOCIONALES Y DEL COMPORTAMIENTO, QUE APARECEN HABITUALMENTE EN LA NIÑEZ Y EN LA ADOLESCENCIA | F989   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD   | NOMBRE DEL PROFESIONAL          | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-03 | 13:52 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

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 |
|------------|-------|----------------|---------------------------------|------------|-------|
| 2026-06-03 | 13:52 | Medicina Rural | HENRY FABRICIO ANDRADE LLORENTE | 1315563245 |       |

