

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	ZAMBRANO	CARLOS ELIHEL	31	07	2014	11 años, 11 meses, 21 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352323172	MANABI	CHONE	RICAUARTE	M y	093-979-0027 /
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	1352323172	RICAUARTE	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2026	07	22
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 ACUDE A ESTA UNIDAD OPERATIVA JUNTO A SU MADRE A CONSULTA POR ATENCIÓN AMIGABLE DEL ADOLESCENTE Y VALORACIÓN MÉDICA. ENTRE LOS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES: NACIMIENTO PREMATURO A LAS 31 SEMANAS CON HIPOXIA CEREBRAL, SOPLO CARDIACO QUE SE MANTUVO HASTA LOS 5 AÑOS, RETRASO EN EL CRECIMIENTO QUE LLEVÓ CONTROLES CON EL SERVICIO ENDOCRINOLOGÍA. SU MADRE MENCIONA QUE ESTUVO EN ESTIMULACIÓN TEMPRANA Y TERAPIA DEL LENGUAJE, POR LO QUE SE SOLICITA VALORACIÓN POR ESPECIALISTA PARA CONTROL.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	R011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2026-07-22	12:22	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	

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
2026-07-22	12:22	Medicina Rural	KIMBERLY NOHELIA GUERRERO SALTOS	1313050203	