

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ALCIVAR	GANCHOSO	JONATHAN EZEQUIEL	27	10	2016	8 años, 4 meses, 26 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352465726	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	CARLOS CONCHA y ALEJO LASCANO	099-040-5651 / (99)-999-9999
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	1352465726	SANTA MARTHA	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D07 / ZONA 4		
Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Emergencia	Pediatría	2025	03	25
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

MADRE DE PACIENTE REFIERE QUE DESDE AYER 4PM HA PRESENTADO FIEBRE Y CEFALEA POR LO CUAL EN HORAS DE LA NOCHE FUE LLEVADO A URGENCIAS DEL HOSPITAL NAPLEON DONDE PRESCRIBEN PARACETAMOL 8ML C4HORAS, REFIERE EN TOTAL REALIZA 3 VOMITOS ALIMENTICIOS, DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO. LUCE DECAIDO, INGESTA DE PARACETAMOL A LAS 10 AM, REFIERE POCO APETITO.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

GLASGOW 15/15 VALORACION POR URGENCIAS
--

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
GASTROENTERITIS Y COLITIS DE ORIGEN NO ESPECIFICADO	A099	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-03-25	13:45	Medicina Familiar Y Comunitaria	HELGA ARACELLY CORONEL TUTIVEN	1006-12-1143810	

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