

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VERA	LOOR	FRANCYS JASIT	13	11	2016	8 años, 10 meses, 20 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352475535	MANABI	CHONE	CHONE (URBANO)	AV CARLOS ALBERTO ARAY y	098-866-8081 /
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	1352475535	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	PEDIATRIA	2025	10	03
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 8 AÑOS - ESCOLAR - CONSULTA POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL TIPO COLICO HACE 2 DIAS ASOCIADO A CONSTIPACION CRONICA CON FRECUENCIA DE DEPOSICIONES CADA 48H NORMALES - REFEIRE DISFICULTAD RESPIRATORIA AL REALIZAR ACTIVIDAD FISICA Y USA INALADOR DE SALBUTAMOL EN CRISIS - SOLICITA CERTIFIACION POR ESPECIALIDAD DE NEUMOLOGIA QUE CERTIFIQUE LA PATOLOGIA PARA U EDUCATIVA - PRESENTA CARIES DENTAL
--

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

..

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
ASMA NO ALERGICA	J451	X	

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-03	13:44	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	

Firmado electrónicamente por:
DAVID GABRIEL MEZA MONTES
Validar únicamente con FirmaEC

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
2025-10-03	13:44	Medicina General	DAVID GABRIEL MEZA MONTES	1312779588	