

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
MERA	VERA	MABELYNG DARLETH	28	02	2017	8 años, 9 meses, 10 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352545188	MANABI	BOLIVAR	CALCETA	VIA CEMENTERIO y	098-717-4060 /
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	1352545188	SAN BARTOLO	CENTRO DE SALUD TIPO A		13D06 / ZONA 4		

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	12	08
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

ESCOLAR EN SEGUIMIENTO POR CIANOSIS SIN CAUSAL IDENTIFICABLE. MADRE REPORTA QUE REPITE EVENTO DE MAS DE DOS MESES DE EVOLUCION PRESENTANDO DIFICULTAD RESPIRATORIA ASOCIADA A CIANOSIS PERIBUCAL, NIEGA PRESENCIA DE MOVIMIENTOS TONICO CLONICOS . DEBIDO A NO ENCONTRAR JUSTIFICATIVO DEL CUADRO CLÍNICO SEA VALORADA POR ESPECIALIDAD DE PEDIATRIA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

BIOMETRIA HEMATICA: HB 13 HCT 37.5 RADIOLOGIA CONVENCIONAL : RX TORAX SIN PATOLOGIA APARENTE ELECTROCARDIOGRAMA DE 12 DERIVACIONES. RITMO SINUSAL FC 70 LPM INTERVALOS ACORDES EJE ELECTRICO DENTRO DE LOS VALORES FISIOLÓGICOS , SEGMENTOS Y ONDAS NO IMPRESIONAN PATOLOGIA.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CIANOSIS	R230		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-08	10:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	

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
2025-12-08	10:28	Medicina Familiar Y Comunitaria	MARGARITA SALOME QUIROZ GILER	1309650404	