

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
VALDEZ	PINARGOTE	MARVIN JOSE	24	02	2017	8 años, 6 meses, 11 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352566895	MANABI	CHONE	CONVENTO	SIN NOMBRE y	099-772-7514 /
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	1352566895	CONVENTO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Cardiología		2025	09	04
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 DE EDAD ES TRAI DO POR SU MADRE A ESTA CASA DE SALUD POR ANTECEDENTES DE CIV. AL EXAMEN FÍSICO PRESENCIA DE SOPLO SISTOLICO REGURGITATIVO CON PREDOMINIO EN FOCO MITRAL Y TRICUSPIDEO. PACIENTE REQUIERE VALORACIÓN Y MANEJO POR CARDIOLOGIA. ULTIMO CONTROL EN 2019 MOTIVO POR EL CUAL SE REALIZA REFERENCIA A LA ESPECIALIDAD ANTES MENCIONADA.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

ECOCARDIOGRAMA DOPPLER REALIZADO EN EL 2019 COMUNICACIÓN INTERVENTRICULAR 6MM CON MECANISMO CON CIERRE DE 6 MM CON SHUNT DE IZQUIERDA A DERECHA. GRADIENTE 72 MMHG IM MINIMO LEVE DILATACIÓN CAVIDADES IZQUIERDAS Z+1. FUNCION DE VI CONSERVADA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
DEFECTO DEL TABIQUE VENTRICULAR	Q210		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-04	10:45	Medicina Rural	CRISTOPHER PAUL ALAVA MEZA	1311865529	

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