

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
ZAMBRANO	LOOR	CRISTHIAN RAMON	09	04	2017	8 años, 8 meses, 8 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352573305	MANABI	CHONE	RICAUARTE	BARQUERO y	099-899-2042 /
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	1352573305	SESME	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	12	17
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 DE 8 AÑOS DE EDAD QUE ACUDE AL CENTRO DE POR SINTOMAS CATARRALES , ACOMPAÑADO DE NAUSEAS , VOMITOS Y DOLOR ABDOMINAL, ACOMPAÑADO CON DIARREAS , MADRE TRAE LABORATORIO IGE: 315,6IU/ML, HEMOGLOBINA GLICOSILADA 4,33 % HELICOBACTER PILORY 2,27, HEMOGLOBINA: 14,9 MG/DL, LEUCOCITOS 10.2 MG/DL, SE INICIAN TRAMITES PARA REFERENCIA EN HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA,

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

IGE: 315,6IU/ML, HEMOGLOBINA GLICOSILADA 4,33 % HELICOBACTER PILORY 2,27, HEMOGLOBINA: 14,9 MG/DL, LEUCOCITOS 10.2 MG/DL

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTROS AGENTES BACTERIANOS ESPECIFICADOS COMO CAUSA DE ENFERMEDADES CLASIFICADAS EN OTROS CAPITULOS	B968		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-12-17	09:33	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	

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
2025-12-17	09:33	Medicina Rural	BRYAM JOSUE CANTOS ALCIVAR	1316378957	