

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
BRAVO	PONCE	TAYLOR FARLEY	16	05	2018	7 años, 3 meses, 18 días	Hombre
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352881781	MANABI	CHONE	SAN ANTONIO	LIMON 1 y	098-547-7140 / (98)-680-3109
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	1352881781	SAN ANTONIO	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2025	09	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 7 AÑOS DE EDAD. APP: NO REFIERE. AA: NO REFIERE. APOX: NO REFIERE. PACIENTE ACUDE A CENTRO DE SALUD EN COMPAÑIA DE SU MADRE PARA REVISION DE EXAMENES. AL INTERROGATORIO MADRE MENCIONA RES FRIADOS A REPETICION, HACE 1 MES PRESENTO INFLAMACION DE GANGLIOS CERVICALES, NIEGA SINTOMATOLOGIA URINARIA. AL MOMENTO PACIENTE HEMODINAMICAMENTE ESATBLE, ACTIVO, REACTIVO, ORIENTADO. TELF: 0985477140

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

INMUNOLOGIA: IgE: 294 ULTRASONIDO: CONCLUSION: ECTASIA RENALES LEVES BILATERALES, CONSIDERAR HIDRONEFROSIS GRADO I VS ECTASIAS PIELICAS CONGENITAS BILATERALES.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
OTRAS HIDRONEFROSIS Y LAS NO ESPECIFICADAS	N133		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-09-03	10:45	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	

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
2025-09-03	10:45	Medicina Rural	VICTORIA LISBETH ALCIVAR QUIJJE	1313436931	