

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CORNEJO	MOLINA	JOYCE ANDREA	15	10	2018	6 años, 0 meses, 24 días	Mujer
			día	mes	año	a-m-d	1=H 2=M

Nacionalidad	País	Identificación	Lugar de residencia			Dirección	No Telefónico
ECUATORIANO/A	ECUADOR	1352986036	MANABI	CHONE	SANTA RITA	CIUDADELA GUERRERO 2 y CIUDADELA GUERRERO 2	099-385-9123 /
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	1352986036	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA		Consulta externa	Pediatría	2024	11	08
Entidad del Sistema	Establecimiento de salud		Servicio	Especialidad	día	mes	año

2. Motivo de la referencia o derivación:

Limitada capacidad resolutive	☒	Saturación capacidad instalada	☐
Ausencia temporal del profesional	☐	Otros/especifique:	☐
Falta de profesional	☐		

3. Resumen del cuadro clinico

PACIENTE DE 6 AÑOS DE EDAD ACUDE A CONSULTA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARCATERIZADO POR ARTRALGIAS CRONICAS EN MIEMBROS SUPERIORES E INFERIORES QUE HA INCREMENTADO EN LA ULTIMA SEMANA, MADRE REFIERE QUE SE EXACERBA DURANTE LAS NOCHES, IMPIDIENDO EL SUEÑO. MADRE MENCIONA QUE FUE DIAGNOSTICADA HACE DOS AÑOS CON SOPLO (NO TRAE A CONSULTA EXAMENES REALIZADOS) FUE VALORADAPOR CARDIOLOGA PEDIATRA EN HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DE PORTOVIEJO, MADRE REFEIRE QUE EL ULTIMO CONTROL LO TUVO HACE 8 MESES QUIEN INDICA SE VENCIO LA REFERENCIA POR LO QUE LE SOLICITAN ACERCARSE NUEVAMENTE A LA UNIDAD PARA REALIZAR LA REFERENCIA MOTIVO POR EL CUAL ACUDE A ESTA UNIDAD DE SALUD. PLAN: REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

VALORACION POR ESPECIALISTA

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
SOPLO CARDIACO, NO ESPECIFICADO	R011		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2024-11-08	12:16	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	

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
2024-11-08	12:16	Medicina Rural	MALENA STEFANY ESCOBAR ZAMBRANO	1316926771	