

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	Fecha de Nacimiento			Edad	Sexo
CASTRO	CARREÑO	JACOB VALENTINO	10	04	2019	6 años, 6 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	1353111113	MANABI	CHONE	SANTA RITA	SALUSTIO GILER y BAY PAS	098-307-1964 /
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	1353111113	SANTA RITA	CENTRO DE SALUD TIPO A	13D07 / ZONA 4

Refiere o Deriva a:					Fecha		
MSP	HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA	Consulta externa	Pediatría		2025	10	28
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 6 AÑOS DE EDAD ACUDE A CENTRO DE SALUD PARA CONTROL MÉDICO DE RUTINA EN COMPAÑÍA DE SU MADRE. FAMILIAR REFIERE QUE SUFRIÓ UNA CAÍDA HACE 1 MES Y FUE LLEVADO DE EMERGENCIA AL H NAPOLEON DONDE LE PUSIERON YESO Y LE EXPLICARON QUE VENGA A UN CS PARA SACAR REFERENCIA PARA EL CONTROL DEL NIÑO. AL MOMENTO AFEBRIL, COLABORADOR, ACTIVO, ELECTIVO, GLASGOW 15/15, DENVER NORMAL, HEMODINAMICAMENTE ESTABLE, BUENA TOLERANCIA ORAL. ESTADO NUTRICIONAL: EUTÓRICO. EXAMEN FÍSICO NORMOCEFALO, MUCOSAS HUMEDAS Y ROSADAS, CUELLO SIN ADENOPATÍAS, TORAX SIMÉTRICO CSPS VENTILADO SIN RUIDOS AGREGADOS, RSCS RÍTMICOS, ABDOMEN BLANDO DEPRESIBLE NO DOLOROSO, EXTREMIDADES SIMÉTRICAS. MEDIDAS GENERALES, ASESORÍA EN NUTRICIÓN, EJERCICIO FÍSICO DIARIO 30 MIN, ASEO DIARIO, SIGNOS DE ALARMA. CONTROL POSTERIOR.

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

FAMILIAR REFIERE QUE SUFRIÓ UNA CAÍDA HACE 1 MES Y FUE LLEVADO DE EMERGENCIA AL H NAPOLEON DONDE LE PUSIERON YESO Y LE EXPLICARON QUE VENGA A UN CS PARA SACAR REFERENCIA PARA EL CONTROL DEL NIÑO.

5. Diagnóstico

Diagnóstico	CIE-10	PRE	DEF
CAIDA EN EL MISMO NIVEL POR DESLIZAMIENTO, TROPEZON Y TRASPIE, VIVIENDA	W010		X

FECHA	HORA	ESPECIALIDAD	NOMBRE DEL PROFESIONAL	CÓDIGO	FIRMA
2025-10-28	09:43	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

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
2025-10-28	09:43	Medicina Rural	HOLGER YEFREY MUÑOZ MANTILLA	1314779040	

