

I. DATOS DEL USUARIO/USUARIA

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres  | Fecha de Nacimiento |     |      | Edad                     | Sexo    |
|------------------|------------------|----------|---------------------|-----|------|--------------------------|---------|
| SAAVEDRA         | LOPEZ            | DAYANARA | 19                  | 06  | 2019 | 5 años, 7 meses, 28 días | Mujer   |
|                  |                  |          | día                 | mes | año  | a-m-d                    | 1=H 2=M |

| Nacionalidad    | País           | Identificación    | Lugar de residencia |        |           | Dirección                    | No Telefónico        |
|-----------------|----------------|-------------------|---------------------|--------|-----------|------------------------------|----------------------|
| ECUATORIANO/A   | ECUADOR        | 1353162843        | MANABI              | CHONE  | RICAURTE  | CIUDADELA JORGE GALLARDO y   | 099-063-5986 /       |
| 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                 | 1353162843                               | RICAURTE                 | CENTRO DE SALUD TIPO A |              | 13D07 / ZONA 4 |     |     |
|                     |                                          |                          |                        |              |                |     |     |
| Refiere o Deriva a: |                                          |                          |                        |              | Fecha          |     |     |
| MSP                 | HOSPITAL GENERAL NAPOLEON DAVILA CORDOVA |                          | Consulta externa       | Pediatría    | 2025           | 02  | 16  |
| Entidad del Sistema | Establecimiento de salud                 |                          | Servicio               | Especialidad | día            | mes | año |

2. Motivo de la referencia o derivación:

|                                   |                                     |                                |                          |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| Limitada capacidad resolutive     | <input checked="" type="checkbox"/> | Saturación capacidad instalada | <input type="checkbox"/> |
| Ausencia temporal del profesional | <input type="checkbox"/>            | Otros/especifique:             | <input type="checkbox"/> |
| Falta de profesional              | <input type="checkbox"/>            |                                |                          |

3. Resumen del cuadro clínico

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ESCOLAR QUE ACUDE POR PRESENTAR CUADRO CLINICO CARACTERIZADO POR ALZA TERMICA NO CUANTIFICADA ADEAMS DE OTALGIA DERECHA DE MODERADA INTENSIDAD. PACIENTE PRESENTA CUADROS GIRPALES A REPETICION. CONLAPSOS DE DOS SEMANAS ENTRE UN CUADRO Y OTRO. LOS CUALES NO CEDEN ALL TRATAMIENTO. PACIENTE CON POCO CONTRILES DE SALUD PRESENTA PALIDES GENERALIZADA |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

4. Hallazgos relevantes de exámenes y procedimientos diagnósticos

|    |
|----|
| XX |
|----|

5. Diagnóstico

| Diagnóstico                       | CIE-10 | PRE | DEF |
|-----------------------------------|--------|-----|-----|
| BRONQUITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA | J209   | X   |     |

| FECHA      | HORA  | ESPECIALIDAD                    | NOMBRE DEL PROFESIONAL             | CÓDIGO     | FIRMA |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-16 | 14:01 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |

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 |
|------------|-------|---------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
| 2025-02-16 | 14:01 | Medicina Familiar Y Comunitaria | ESTEFANIA ZORAYDA SAAVEDRA MOREIRA | 1311538662 |       |